

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

216

Année 1906

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Avril 1906, à 1 heure.

PAR

M. Achille CIVATTE

Né à Sisteron (Basses-Alpes) le 16 Mars 1877
Ancien interne des hôpitaux de Paris

LES

PARAPSORIASIS DE BROCC

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

Juges : { M. ROGER, Professeur.
M. RICHAUD,
M. BALTHAZARD, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTE DE MÉDECINE

Doyen..... M.

Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....

Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....

DEBOVE.

MM.

POIRIER
 CH. RICHET.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 R. BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 SEGOND.
 POUCHET.
 GILBERT.
 CHANTEMESSE.
 BROUARDEL.
 DEJERINE.
 ROGER.
 LANDOUZY.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 DEBOVE.
 GRANCHER.

JOFFROY.
 GAUCHER.
 RAYMOND.
 LE DENTU.
 TERRIER.
 BERGER.
 RECLUS.
 DE LAPERSONNE.
 GUYON.
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON.
 ROBIN.

MM.

Agrégés en exercice :

AUVRAY.
 BALTHAZARD.
 BRANCA.
 BRINDEAU.
 BEZANÇON.
 BROCA (ANDRÉ).
 CARNOT.
 CLAUDE.
 CUNÉO.
 DEMELIN.

DESGREZ.
 DUPRÉ.
 DUVAL.
 FAURE.
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 JEANSELME.
 LABBÉ.
 LANGLOIS.

LAUNOIS.
 LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MÉRY.
 MORESTIN.

POTOCKI.
 PROUST.
 RENON.
 RICHAUD.
 RIEFFEL.
 TEISSIER.
 THIROLOIX.
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : BERTON.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BROCC

Hommage de profonde gratitude.

A M. LE DOCTEUR DARIER

*qui a bien voulu m'accueillir et me
considérer comme son élève.*

Témoignage de reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. LE DOCTEUR DEMOULIN (Hôtel-Dieu, 1897-1898)

M. LE DOCTEUR GALLIARD (Saint-Antoine, 1898-1899)

Internat

M. LE DOCTEUR GAILLARD-LACOMBE (Beaujon, 1899-1900)

M. LE DOCTEUR COMBY (Enfants-Malades, 1900-1901)

M. LE DOCTEUR MONOD (Saint-Antoine, 1900-1901)

M. LE DOCTEUR BROcq (Broca, 1901-1902)

M. LE DOCTEUR FAISANS (Hôtel-Dieu, 1902-1903)

INTRODUCTION

L'histoire des parapsoriasis ne date que de quelques années. M. Brocq a proposé ce nom en 1904 pour un groupe de faits mal classés jusque-là qu'il a décrits et réunis dans un cadre commun. Les faits ont été reconnus, le nom admis sous ce haut patronage. La nouvelle dermatose avait obtenu, sans coup férir, droit de cité dans les cadres nosologiques.

J'ai eu la rare bonne fortune de suivre de très près pendant plusieurs années l'enseignement de M. le Dr Brocq. J'avais l'honneur d'être son interne au moment où il créait le groupe des parapsoriasis; il a bien voulu m'offrir une part de collaboration dans les recherches histologiques qu'il se proposait d'entreprendre pour compléter son œuvre. C'a été l'origine, et le premier but de ce travail.

J'ai cru d'abord que les parapsoriasis étaient extrêmement rares. Deux cas seulement en trois ans ont passé devant nos yeux à la consultation de l'hôpital Broca. J'ai été ensuite mieux servi par les circonstances : trois cas se sont présentés l'année dernière. J'ai pu, dans une note au Congrès de Dermatologie de Berlin, donner une description des lésions histologiques du parapsoriasis. Je croyais ma description définitive, et ma tâche terminée. J'avais le regret de l'avoir achevée bien longtemps après l'avoir entreprise. J'avais eu, du moins, la surprise de voir que nombre de cas, rapprochés jusqu'ici du parapsoriasis, ne correspondaient exactement

aux nôtres, ni dans le domaine de la clinique, ni dans celui de l'histologie.

Je m'étonnai moins, dès lors, de la richesse relative que m'offrait la littérature dermatologique sur ce sujet, richesse qui contrastait étrangement avec notre pénurie ; et mon ouvrage, pour tardif qu'il pouvait paraître, me sembla moins inutile. Son objet s'élargissait ; il fallait en effet limiter exactement ce groupe, étendu peut-être outre mesure.

Et voici que trois faits nouveaux viennent de surgir coup sur coup. Ils s'adaptent mal au cadre que j'achevais de tracer. Ils le débordent et me forcent à l'élargir. L'un d'entre eux rentre nettement dans une classe récemment ébauchée, et que je croyais bien loin des parapsoriasis, celle des tuberculides. On peut, sans trop violenter les deux autres, les y faire rentrer aussi (1). L'histologie m'aurait-elle donné la clé de l'étiologie ? Cette question appellerait encore des recherches bien longues. Et cette étude, où je croyais avoir apporté un peu de clarté, se complique de nouveau. C'est la loi générale. La solution d'un problème en fait surgir un autre ; et une question n'est jamais épuisée.

Je crois donc que ces premières recherches peuvent être publiées, encore qu'à peine ébauchées. Orienté d'abord vers un objet très restreint, je me trouve reporté par hasard sur une voie nouvelle et beaucoup plus féconde. Je n'y ai pas avancé beaucoup ; je m'y engage avec prudence. Mais y être entré me paraît déjà avoir un intérêt, et valoir un résultat. Ceci m'encourage à ne pas attendre plus longtemps.

Me voici loin de mon premier objet. Et celui que je me

(1) J'écrivais ceci en mars 1905, après un premier examen de ces trois malades. Je les ai revus depuis. L'évolution se fait en sens inverse chez deux d'entre-eux. La première éruption (Obs. XVII), qui en 1905 était cliniquement et histologiquement beaucoup plus près des tuberculides que des parapsoriasis, rentrerait plus facilement aujourd'hui dans cette dernière classe. La seconde (Obs. XIX) évolue cliniquement, au contraire, vers le lichen scrofuloroseum typique. La troisième (Obs. XVIII) reste identique à ce qu'elle était l'année dernière.

proposais en second lieu, me paraît aujourd'hui hors d'atteinte. Pour avoir élargi mon cadre, j'en vois mal maintenant les limites. Je dirai encore ce que nous entendons couramment, en clinique, dans l'école de Brocq sous le nom de parapsoriasis. Mais je serai forcé de placer, en regard, mes trois derniers cas; et le tableau n'y gagnera pas en netteté. Les notions nouvelles qui apparaissent sont elles-mêmes bien vagues. Je ne peux pas, après l'avoir espéré pendant trois ans, présenter une étude d'ensemble sur les parapsoriasis, destinée à mettre la question au point. Ma pensée actuelle est plus modeste, je publie seulement un recueil de faits, les uns déjà connus, les autres nouveaux, tous étudiés aussi exactement que possible, parfois difficiles à relier les uns aux autres, peut-être artificiellement rapprochés et destinés à être présentés plus tard sous un jour tout à fait différent.

C'est dire combien les conclusions que j'en pourrai tirer manqueront de certitude. Je les donnerai sous toutes réserves. Je ne m'interdis pas d'y renoncer un jour; très prochainement peut-être.

J'aurais scrupule à me couvrir pour ce travail, dévié de son objet principal, de l'autorité de mon maître. Le sujet lui appartenait en propre, j'ai usé largement de ses conseils; je ferai pour la partie historique, les plus larges emprunts à son mémoire, persuadé que je ne pourrais que dire moins bien ce qu'il dit excellemment. Mais je ne veux en rien, surtout dans le chapitre d'anatomie pathologique, et les déductions que j'en tire, engager sa responsabilité. Il m'a fait le très grand honneur de me laisser toute liberté, même celle de discuter ses opinions, si mes recherches me fournissaient des éléments de discussion. J'en userai, peut-être imprudemment. Si donc, mon interprétation histologique est erronée, si je m'aventure trop loin sur un terrain trop peu solide; si

les rapprochements que je tente sur cette base fragile manquent de justesse, j'en dois seul répondre. Que ma tentative échoue ou réussisse, la conception du genre parapsoriasis n'en saurait d'ailleurs souffrir. Si même, du groupe primitif de Brocq, j'arrivais à distraire quelques cas, il est trop solidement construit pour en être ébranlé. Il est fondé sur l'observation clinique, contre laquelle rien ne prévaut. Ses limites sont encore peu précises? Qu'importe! Il en faudra peut-être distraire quelques types? c'est probable. Nous y rangeons encore vraisemblablement, les manifestations cutanées de plusieurs maladies différentes? Sommes-nous plus sûrs de l'unité étiologique de l'Eczéma!

C'est au laboratoire, maintenant, de dégager les inconnues de ce problème posé par la clinique. La tâche m'a tenté, j'ai essayé d'y collaborer. J'apporte mes premiers résultats. Une solution fausse n'infirmera pas les données d'où je suis parti; elles resteront immuables sur leurs bases cliniques jusqu'à la solution définitive.

Symptôme banal, genre ou espèce, le parapsoriasis existe; on le trouvera plus fréquemment à mesure qu'on le connaîtra mieux.

Le plan que je m'étais tracé en débutant, en comprenait d'abord une description, d'après les observations contenues dans le mémoire de Brocq et 5 observations personnelles, qui m'ont fourni la matière d'une définition histologique. Je me proposais d'examiner ensuite les observations publiées jusqu'à ce jour et qui pouvaient, à quelque titre que ce fût, toucher à mon sujet, pour les admettre dans le parapsoriasis, ou les éliminer, suivant qu'elles auraient répondu ou non, à ma double description.

Je renvoie cette discussion plus loin, elle formera la troisième partie de cette monographie. La seconde comprendra

les 3 dernières observations, un peu déconcertantes, que j'ai mentionnées plus haut. Je serai aujourd'hui moins exclusif que je ne l'aurais été avant d'avoir observé ces 3 cas, à côté desquels, dans ma dernière partie, j'en pourrai ranger plusieurs, que j'aurais, auparavant, rejetés sans hésitation.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

M. le Dr Brocq (1) a magistralement exposé l'évolution de la question du parapsoriasis. Le chapitre est à citer en entier :

« A. *Travaux allemands.* — Il nous a paru difficile de retrouver dans les anciens auteurs des descriptions se rapportant aux dermatoses que nous allons étudier. Le premier travail de quelque importance qui ait paru sur ce sujet est le mémoire de Unna, Santi, et Pollitzer sur la *parakeratosis variegata* (2). On y trouve relatés deux cas des plus intéressants qui, malgré quelques différences dans la coloration des éléments papuleux initiaux, présentaient les caractères généraux suivants : Les sujets atteints étaient jeunes, vigoureux, bien portants. L'éruption avait une marche essentiellement chronique et progressive; les efflorescences augmentaient sans interruption, sans exacerbation, ni rémission marquées. Elles envahirent d'abord le thorax, puis le cou, l'abdomen, le dos et à la fin seulement les membres; les jambes furent prises en dernier lieu : la tête, la paume des mains et la

(1) BROCCQ. Les psoriasis, *Annales dermatologiques*, 1902.

(2) UNNA, SANTI et POLLITZER, Ueber die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). *Monatshefte für praktische Dermat.*, 1890, t. X, n° 9 et 10.

plante des pieds restèrent indemnes. L'éruption présentait un aspect général bigarré ; il y avait toujours des parties de peau indemnes, même dans les points où les efflorescences atteignaient leur plus grand développement. En général l'éruption formait des réseaux entourant des îlots de peau saine, plus rarement les parties saines encerclaient des plaques éruptives. Les efflorescences avaient la forme de papules aplaties ou de plaques, et par confluence d'anneaux et de réseaux ; leur saillie au-dessus de la peau était peu marquée. Les papules étaient recouvertes par une couche cornée épaissie, cette couche était lisse, tendue, avec effacement partiel des sillons de l'épiderme, et dans ce cas il y avait éclat cireux et ressemblance avec le lichen plan ; ou bien il y avait des squames fendillées, et des squamules. La couleur des papules sans squames était d'un rouge jaunâtre, ou d'un rose clair sur les parties supérieures du corps, rouge bleuâtre ou rouge bleu foncé sur les régions déclives. L'infiltration du derme était fort peu prononcée, nulle même en beaucoup de points : il n'y avait d'épaississement du derme qu'au niveau des régions déclives. Il y avait, pour ainsi dire, absence complète de phénomènes subjectifs : les grandes variations de température provoquaient seules un léger prurit. L'affection était extrêmement résistante aux médications locales.

« Histologiquement, le processus morbide était limité au corps papillaire et à l'épiderme. Le derme proprement dit et toutes ses parties constitutives étaient indemnes. Le corps papillaire présentait une dilatation des vaisseaux et un œdème modérés ; par contre, il n'y avait qu'une inflammation légère, caractérisée par l'augmentation des cellules le long des vaisseaux et une diapédèse insignifiante. La couche épineuse était un peu épaissie et présentait un œdème en partie intercellulaire et en partie intracellulaire. Ces cellules épineuses

étaient bien conservées, tuméfiées, les couches de transition normales, la couche cornée un peu épaissie. Pas de mitoses, quelques rares cellules migratrices dans l'épiderme.

« Il en résulte que, d'après les auteurs, l'hypérémie des efflorescences était due pour une grande part à la stase, pour une part insignifiante à l'inflammation, que la desquamation n'était amenée que par la tension exagérée de l'épiderme œdémateux et non par une prolifération épithéliale : c'est ce qui explique que les altérations de l'épiderme et du corps papillaire, malgré leur peu de gravité apparente, aient cependant duré si longtemps et se soient montrées si rebelles au traitement local. -

« Les auteurs ont choisi le nom de parakeratosis variegata pour cette affection nouvelle à cause de la bigarrure, de l'aspect tacheté, marbré, qui résulte de l'alternance et du rapprochement des parties saines et malades de la peau. En outre, l'éruption présentait des variations de couleur, depuis la teinte rouge, jaune et rose des régions supérieures, jusqu'au rouge bleu des parties déclives (Traduction A. Doyon dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.)

« Tel a été le mémoire capital qui a posé la question.

« En 1894, au IV^e Congrès des dermatologistes allemands, Jadassohn (1) a présenté un malade atteint de ce qu'il a appelé un *exanthème spécial psoriasiformis et lichénoïde*, ou encore une *dermatitis psoriasiformis nodularis*. C'était un homme de 30 ans, atteint depuis 1890 de sa dermatose, qui avait sur le dos, sur la partie antérieure de la poitrine et sur les jambes, une éruption irrégulièrement disséminée et groupée, essentiellement constituée par des papules rouges de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une toute petite lentille, arrondies ou ovalaires et couvertes de fines squames.

(1) JODASSOHN. Ueber ein eigenartiges Psoriasiformes und lichenoïdes Exanthem *Verhandlungen des IV. deut. Dermat. Congress, 1894*, p. 524.

Quand on les grattait pour enlever les squames, elles avaient une tendance marquée à saigner, mais il n'y avait pas de gouttelettes isolées comme dans le psoriasis. Il n'y avait pas de prurit. Les muqueuses étaient indemnes. Au point de vue histologique, Jadassohn avait trouvé de l'infiltration des cellules rondes autour des vaisseaux papillaires, une légère prolifération des cellules épineuses ; le stratum granulosum était à peu près normal, et on trouvait des noyaux par places, dans les cellules de la cornée. Le topique qui réussit le mieux fut l'acide pyrogallique.

« Ce cas est extrêmement remarquable : il n'est pas identique à ceux d'Unna ; il a des affinités beaucoup plus étroites avec le psoriasis.

« Le professeur Jadassohn est encore revenu sur ce point en 1900 dans son article sur le lichen paru dans le *Festschrift für Kaposi* (1).

« Le professeur Neisser (2) présenta en 1894, au IV^e Congrès allemand de dermatologie, une malade atteinte sur tout le corps, sauf le cuir chevelu, d'une éruption bizarre dont la lésion élémentaire essentielle était une papule brillante, aplatie, rouge, arrondie ou anguleuse, couverte de fines squames, de la dimension d'une lentille.

« En 1897, le Dr Fritz Juliusberg (3) fit connaître sous le nom d'*exanthème psoriasiforme et lichénoïde*, le cas d'une femme âgée de 23 ans, atteinte depuis longtemps d'une éruption généralisée tout à fait spéciale, caractérisée par de petites taches nettement limitées et des papules molles, la

(1) J. JADASSOHN. Beiträge zur Kenntniss des Lichen, nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie. Chapitre II : Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica lichenoides.) *Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi*, Vienne, 1900.

(2) Professeur A. NEISSER. Zur Frage der lichenoiden Eruptionen mit Krankendemonstrationen. *Verhandlungen des IV. deutschen Dermat. Congress. in Breslau*, 1894.

(3) Dr FRITZ JULIUSBERG. Ueber einen Fall von Psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1897, t. XLI, p. 256.

plupart arrondies, quelques-unes ovales, jaune rouge, presque jaune orange, recouvertes de squames. Quand on détachait les squames par le grattage il se produisait une hémorragie capillaire très irrégulière et très peu abondante. Il n'y avait que peu ou point de prurit. Le stratum corneum était fort épaissi, le corps muqueux de Malpighi normal; les papilles étaient toutes infiltrées de petites cellules ainsi que les couches superficielles du chorion. L'auteur rapproche ce cas de celui que Jadassohn avait présenté au IV^e Congrès des dermatologistes allemands.

« En 1898, Félix Pinkus (1) publia le cas d'une femme atteinte depuis seize ans d'une éruption qui occupait toute la surface du corps, sauf le cuir chevelu, la face et les pieds qui étaient indemnes, et qui était composée de l'aggrégat d'efflorescences rougeâtres de la grandeur moyenne d'une lentille, couvertes de minces squames et saignant un peu sous l'influence du grattage.

« La même année Rona (2) présenta à la Société Hongroise des dermatologistes et urologistes un cas de la maladie de Jadassohn, chez un homme de 31 ans, dont la figure, la tête, la paume des mains étaient indemnes, et dont l'éruption était composée de macules et de papules aplaties, d'un rouge brunâtre, rondes ou ovalaires, de la grandeur d'une toute petite lentille, et couvertes de squames.

« Tous ces documents d'origine allemande, ont été réunis et étudiés en 1899 dans un excellent travail de Fritz Juliusberg (3) sous le nom *Pityriasis lichenoides chronica*. Dans ce mémoire cet auteur en fait connaître deux nouveaux cas : le premier est celui d'une femme de 21 ans, atteinte

(1) FELIX PINKUS. En Fall von Psoriasiformen und lichenoidem Exanthem. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, t. XLIV, p. 77.

(2) RONA. Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen, 27 janvier 1898. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, t. XLXI, p. 147.

(3) FRITZ JULIUSBERG. Ueber die Pityriasis lichenoides chronica (psoriasiform-lichenoides Exanthem). *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1899, t. L., p. 359.

depuis l'âge de 7 ans d'une éruption constituée par de nombreuses papules disséminées, d'un rouge jaunâtre, dont les dimensions variaient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une toute petite lentille, très peu surélevées, aplaties, recouvertes d'une fine squame d'un blanc jaunâtre : quand on enlevait la squame par le grattage on ne faisait pas saigner. Il y avait aussi de nombreux macules rouges de la même grandeur que les papules. La face, le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds, les ongles étaient normaux. Les téguments offraient une résistance extraordinaire à l'action locale des médicaments actifs tels que la chrysarobine et le pyrogallol.

« Le second était celui d'un homme de 24 ans, atteint depuis un an d'une éruption qui était surtout intense sur les bras, la face dorsale des mains, des pieds, vers les aisselles et le scrotum. La figure était indemne. Les lésions élémentaires essentielles étaient des papules aplaties, lisses, rougeâtres, polygonales; les plus volumineuses étaient couvertes de fines squames, que l'on pouvait enlever par le grattage sans faire saigner. Au niveau de certaines de ces papules il y avait un léger degré d'infiltration.

« Voici ce que Juliusberg a trouvé comme lésions histologiques dans ses deux cas : le stratum corneum n'est pas épaissi : les cellules renferment des noyaux. Le stratum granulosum est normal. Il y a quelques leucocytes entre les couches les plus inférieures des cellules épineuses. Dans la zone papillaire il existe une infiltration de leucocytes autour des vaisseaux.

« Résumant les caractères communs à ses cas propres, à ceux de Neisser, de Jadassohn, de Pinkus et de Rona, Juliusberg fait remarquer que son *pityriasis lichenoides chronica* est une maladie de la jeunesse ou de l'âge adulte, que le visage est pour ainsi dire toujours indemne, qu'au début

les lésions sont constituées par des efflorescences aplaties, lisses, de la grosseur d'une tête d'épingle, non squameuses, ressemblant à des éléments de lichen planus, que plus tard les papules se recouvrent d'une squame mince, argentée, que l'on peut enlever avec l'ongle sans faire saigner; les symptômes subjectifs sont fort légers ou manquent totalement; la peau est tout particulièrement résistante aux traitements externes, même au pyrogallol et à la chrysarobine. Nous venons de synthétiser plus haut les caractéristiques histologiques de cette dermatose.

« Tels sont les travaux déjà parus en Allemagne sur ce sujet.

« **B. Travaux français.** — Les publications françaises sont malheureusement des moins nombreuses.

« En septembre 1897 nous avons fait paraître dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, Journal des Praticiens*, une clinique faite à l'hôpital Broca-Pascal, sur ce que nous avons appelé les *Érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées*. Ces dermatoses, relativement assez fréquentes, du moins en France, sont caractérisées : 1° par une absence presque complète ou complète de prurit ; 2° par une évolution des plus lentes ; 3° par une disposition en plaques circonscrites, assez bien limitées, de dimensions moyennes de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments ; 4° par une absence pour ainsi dire totale d'infiltration du derme ; 5° par de la rougeur pâle un peu rosée ; 6° par une fine desquamation pityriasique.

« Ce type diffère donc notablement de celui qui a été étudié en Allemagne par Unna, Santi, Pollitzer, Juliusberg ; on n'y trouve pas, du moins dans les cas purs, car nous verrons plus loin qu'il y a des formes de passage entre ce type et le type allemand ; on n'y trouve pas, disons-nous, les éléments

papuleux, lichéniformes du début; ce n'est pas avec le lichen plan que ce type morbide a des affinités, mais avec le psoriasis ou, pour mieux dire, avec les séborrhéides pityriasiques et psoriasiformes. Ces affinités sont même tellement étroites qu'on pourrait se demander si l'on ne doit pas simplement le considérer comme une séborrhéide psoriasiforme particulière. Il s'en distingue par son indolence, sa marche beaucoup plus lente, sa pérennité, ses localisations, sa résistance aux médications locales, et histologiquement par ce fait qu'il n'y a qu'une fort légère infiltration papillaire, peu d'acanthose, et fort peu de parakératose.

« La deuxième publication française sur le groupe de dermatoses que nous étudions est due à M. le Dr Eudlitz. Le 10 février et le 9 juin 1898 (1) il a présenté à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie un enfant de 12 ans, atteinte depuis 4 mois d'une éruption tout à fait particulière, et à laquelle il donna le nom de *Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde*. » Sur tout le corps on trouvait en très grand nombre une série de macules rosées, des éléments érythémato-squameux en certains points, et des éléments nettement papuleux ou papuleux-squameux en d'autres points; le grattage ne faisait pas saigner les papules... Les muqueuses étaient indemnes. Légère adénopathie cervicale à gauche. L'aspect général de l'éruption est absolument syphiloïde. » Les éléments avaient des dimensions qui variaient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une grosse lentille.

« Voilà encore un type morbide à aspect objectif assez spécial. Ce n'est pas non plus avec le lichen plan qu'il a le plus d'affinités, mais avec les syphilides papuleuses, et surtout avec le psoriasis en gouttes.

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 132 et 552.

« Malheureusement, ces études n'ont pas été poursuivies en France (1).

« Il nous faut maintenant, pour être complet, parler de quelques travaux qui viennent de paraître en Amérique et en Angleterre.

« C. *Travaux américains*. — En décembre 1900, J. C. White (2) a fait paraître un intéressant travail sur nos Érythrodermies pityriasiques, en plaques disséminées. Il y relate deux cas : le premier chez un homme de 38 ans, malade depuis 12 ans pendant tous les hivers, indemne d'avril à l'automne. La figure et le cou étaient envahis comme le corps. L'éruption était constituée par des plaques d'une coloration variable, irrégulièrement arrondies, d'un demi-pouce à deux pouces de diamètre, confluentes par places, ne faisant aucune saillie au-dessus du niveau de la peau saine et ne donnant aucune impression d'infiltration cutanée. La rougeur disparaissait momentanément par la pression. Sur quelques-unes d'entre elles, surtout à la face, se voyait une fine desquamation. Sur le visage elles étaient d'un rouge vif, sur le tronc d'un brun clair rosé, et pour ainsi dire sans squames, sur les cuisses un peu plus foncées, et elles y présentaient des squames excessivement fines. Il n'y avait pas le moindre prurit. Au point de vue histologique, on trouvait un stratum corneum très mince sans noyaux dans les cellules; le stratum lucidum manquait, le stratum granulosum était fort peu marqué : le corps muqueux de Malpighi était le siège d'un œdème intercellulaire marqué; la couche germinative manquait en grande partie. Les papilles étaient bien développées

(1) Le jour même où nous avons communiqué ce travail à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le 1^{er} avril 1902, le Dr Méneau présentait à cette même séance un nouveau cas de parakeratosis variegata. Voir *Annales de Dermatologie*, avril 1902, p. 315.

(2) J. C. WHITE. Case of Brocq's erythrodermie pityriasique en plaques disséminées. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1900.

et étaient le siège d'une infiltration de petites cellules avec des noyaux arrondis fortement colorables.

« L'auteur discute le diagnostic de cette affection. Il démontre qu'il ne peut s'agir ni d'un psoriasis, ni d'un eczéma séborrhéique, ni d'un pityriasis rosé, ni d'un lupus érythémateux, ni d'un mycosis fongoïde au début, et il en fait à juste titre un cas de nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées.

« Le deuxième cas est celui d'un homme de 36 ans, dont la dermatose avait débuté deux ans auparavant sous la forme de petites macules de la grandeur d'un pois. Elles étaient un peu prurigineuses par moments, surtout le soir. Peu à peu les éléments grandirent : quand on put les observer, ils avaient en moyenne de un à six pouces de diamètre ; ils étaient un peu squameux, et en les grattant légèrement on dégageait en grande quantité des squames blanches, sèches, petites, mais sans faire saigner le derme sous-jacent qui était rouge. Quelques-unes de ces plaques donnaient à la vue, non au toucher, une vague idée de papulation. La teinte générale de ces lésions variait du rose délicat au café au lait. Sur les membres les éléments étaient beaucoup plus petits que sur le tronc. En quelques points on trouvait des lésions ressemblant à de l'eczéma séborrhéique sec.

« La couche cornée était très variable d'épaisseur ; par places on trouvait quelques cellules contenant des noyaux. Le stratum granulosum peu distinct ne renfermait presque pas d'éléidine. Le stratum lucidum manquait. La couche germinative manquait presque complètement. A sa place on trouvait des lymphocytes. La couche épineuse était formée de cellules irrégulières qui se coloraient mal. Le derme était sillonné de prolongements épidermiques nombreux, longs et étroits qui formaient des sortes de larges papilles, lesquelles étaient infiltrées de lymphocytes surtout nombreux autour des

vaisseaux. Par places on trouvait une mastzelle, pas de plas-mazellen. Le tissu papillaire était incontestablement œdématisé.

« L'auteur fait remarquer que ce deuxième cas constitue une sorte de fait de passage entre le premier cas et l'eczéma séborrhéique.

« Le Dr White cite encore un troisième cas chez une fillette de 9 ans qui présentait sur le tronc des plaques arrondies de un pouce et demi à 3 pouces de diamètre, et des anneaux de 2 à 3 pouces de diamètre isolés ou confluent, rouges, légèrement surélevés et finement squameux, un peu prurigineux. Mais il ne donne aucun détail précis sur ce fait.

« Signalons en outre un travail récent de A. Ravogli sur un cas d'éruption érythémato-squameuse chez un enfant de trois ans, cas qu'il rapproche de nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées (1).

« D. *Travaux anglais*. — Depuis 1898, la question qui nous occupe a été étudiée en Angleterre par divers auteurs. Cette même année, Allan Jamieson (2) présenta à la réunion annuelle de l'Association médicale britannique tenue à Edinburgh, trois cas insolites, pour avoir l'avis de ses collègues à leur sujet. Il les considérait comme étant des variétés particulières de lichen planus. Son opinion fut partagée par les Drs M. Gall Anderson et Payne. Malcolm Morris et Radcliffe Crocker songèrent à la possibilité d'éruptions premycosiques.

« Mais Unna, qui assistait à la séance, déclara que ces cas étaient des exemples des plus nets de sa parakeratosis variegata, et qu'ils différaient totalement, à tous les points de vue, du lichen planus. Le Pr Boek crut, lui aussi, que ces cas étaient assimilables à ceux d'Unna; il dit qu'il en avait vu

(1) A. RAVOGLI. A case of Erythroderma squamosum, *The Journal of the American medical Association*, 13 juillet 1901.

(2) ALLAN JAMIESON. *The British Journal of Dermat.*, 1898, p. 324.

plusieurs exemples dans sa pratique, et qu'il avait décrit lui-même cette affection sous le nom de *dermatitis variegata*.

« Cette question ne tarda pas à être reprise sur des bases plus larges par le Dr Radcliff Crocker (1). Le 12 décembre 1900, il présenta à la Société dermatologique de Londres, un homme de 23 ans, atteint depuis 18 mois, d'une éruption qui s'était graduellement généralisée et qui s'accompagnait d'un léger prurit nocturne. Sur le tronc elle était composée de groupes vaguement circinés, de papules miliaires pâles et un peu pourprées, de la grosseur d'une tête d'épingle, nullement squameuses. Sur les membres supérieurs, l'éruption était plutôt réticulée et formée de papules ressemblant à celles du lichen plan ; sur les cuisses elle était disposée en macules rouges, parfois un peu squameuses. Les papules, en disparaissant, laissaient des points atrophiques. Le 9 janvier 1901, il en montra un autre cas chez un homme de 32 ans, atteint depuis 5 ans. L'éruption avait commencé par la face interne des avant-bras, puis elle s'était généralisée ; le froid l'aggravait. Il y avait partout des îlots de peau saine, ce qui donnait au malade un aspect bigarré. L'éruption était rouge sur le tronc, un peu violacée aux membres inférieurs et couverte d'une fine desquamation pityriasique ; elle formait des traînées en réseau anastomosé entourant des îlots de peau saine ; sur les bras, certaines lésions ressemblaient tout à fait à un lichen plan.

« Dans son mémorable rapport sur la question du lichen plan, voici comment Radcliff Crocker s'exprimait sur ces faits qu'il dénomme *lichen variegatus*. « Les ressemblances cliniques de ces cas avec le lichen plan sont évidentes ; et, « quoiqu'il y ait des différences suffisantes pour les en sépa-

(1) Voir RADCLIFF CROCKER, Lichen planus. *The British Journal of Derm.*, déc. 1900, p. 433. — RADCLIFF CROCKER, COLCOTT FOX, *Dermat. Soc. of London*, 12 déc. 1900 et 9 janv. 1901. — MAC LEOD, *Dermat. Soc. of London*, 9 janv. 1901.

« rer, ils sont vraiment dignes d'être rangés dans la famille
« lichen : en adoptant pour eux le nom de *lichem variegatus*,
« nous avons l'avantage de laisser de côté le terme ennuyeux
« de parakératose qui s'applique au psoriasis, à l'ichtyose, au
« ringworm, etc. »

« Les caractères les plus importants de cette rare affection sont un développement et une évolution des plus lents, la maladie durant plusieurs années *sans prurit*, sans autres symptômes subjectifs. L'éruption peut se généraliser et même envahir la face, ce qui est tout à fait exceptionnel dans le lichen plan. La disposition générale est celle de bandes ou plaques semi-confluentes encerclant des zones de peau saines, de telle sorte que l'aspect général est réticulé. Les plus grandes plaques sont érythémateuses et infiltrées; les plus petites ressemblent au lichen plan récent, mais sont toutes couvertes de fines squames. Leur couleur varie du jaunâtre au rouge bleuâtre; et, si les squames se détachent, la surface malade a un aspect brillant de cire; les bords sont bien arrêtés, la teinte est plus foncée aux membres inférieurs. »

« D'après Radcliff Crocker, les cas décrits par Neisser, Jadassohn, Pinkus, sous le nom d'exanthème psoriasiforme et lichénoïde, les cas décrits par nous sous le nom d'érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées rentre-raient dans le même groupe de faits. Il reconnaît cependant que nos cas n'avaient pas la même physionomie générale que les siens. Tout en rangeant ces faits à côté du lichen plan, il déclare avec netteté qu'ils constituent une affection indépendante.

« Tout récemment T. Colcott Fox et J. M. H. Mac Leod ont fait paraître un travail des plus intéressants et des mieux soignés sur la *parakeratosis variegata* (1). Ils y relatent le

(1) T. COLCOTT FOX et J. M. H. MAC LEOD. On a case of Parakeratosis variegata. *The British Journal of Dermat.*, sept. 1901, p. 319.

cas d'un homme de 36 ans, qu'ils ont montré le 14 novembre 1900 à la Société Dermatologique de Londres. Sa dermatose avait débuté 5 ans et demi auparavant par une plaque sèche squameuse, à la région lombaire; quand il s'en aperçut elle avait déjà les dimensions de la paume de la main; puis peu à peu tout le corps fut envahi, à l'exception de la face. L'éruption formait des bigarrures d'un jaune rougeâtre en lacis, encerclant des plaques de peau qui n'étaient que modérément rouges, et qui avaient 2 ou 3 millimètres de diamètre. Les fils du réseau avaient environ un millimètre de large, parfois davantage: ils résultaient de la coalescence de nombreuses macules d'un jaune rougeâtre, ou d'un rouge brique, ou de papules légèrement saillantes couvertes de fines squames. Cet aspect était surtout évident sur le tronc; sur le dos et sur le ventre, il était plus difficile de distinguer le réseau, et l'éruption y était plus en plaques et plus squameuse. Sur les bras les éléments papuleux étaient plus nets, anguleux, aplatis au sommet, parfois brillants et laiteux, de manière à rappeler le lichen planus. Les paumes des mains étaient épaissies et comme indurées. Les ongles étaient sains. Il y avait du pityriasis du cuir chevelu.

« Au point de vue histologique une papule excisée présentait les lésions suivantes: les capillaires sous-épidermiques étaient dilatés, et dans leur voisinage se voyait une infiltration de petites cellules. Les tractus fibreux voisins étaient raréfiés et œdématisés. Le corps papillaire était aplati et avait presque complètement disparu. Dans l'infiltrat il n'y avait ni plasmazellen, ni mastzellen. Par places, il était difficile de voir nettement la ligne de démarcation entre l'épiderme et le derme. L'épiderme était aminci: il y avait de l'œdème intercellulaire et quelques leucocytes dans les espaces intercellulaires dilatés. Les cellules de la couche granuleuse étaient œdématisées; par places elles manquaient. Il n'y avait pas de

stratum lucidum. On ne trouvait que par places des noyaux dans les cellules de la couche cornée et en ces points la couche granuleuse faisait défaut.

« Après avoir décrit leur observation avec force détails, Colcott Fox et Mac Leod analysent les travaux déjà parus et que nous venons de citer. Ils mentionnent une lettre du Dr Allan Jamieson datée du 28 février 1901, d'après laquelle il semble qu'un des trois malades qu'il avait présentés à la réunion d'Edinburgh et sur lesquels Unna avait posé le diagnostic de parakeratosis variegata, soit devenu, depuis lors, un cas de mycosis fongoïde, ce qui confirmerait les réserves formulées à cette même réunion par Malcom Morris et Radcliff Crocker.

« Ils font ensuite ressortir les profondes différences qui séparent leur cas du psoriasis vrai, son aspect réticulé, les macules et les papules du début qui le rapprochent plutôt du lichen, les squames qui sont plutôt pityriasiques, l'absence de phénomènes subjectifs, la résistance aux traitements locaux, l'absence de prolifération épithéliale, la présence de la couche granuleuse, le peu ou point de parakératose, l'absence, entre les lamelles du stratum corneum, des petites collections de leucocytes qui sont si caractéristiques du psoriasis.

« Les squames de ce cas ne ressemblaient pas non plus à celles de l'eczéma seborrhoicum ; cependant histologiquement les analogies avec cette dernière affection sont assez accentuées, sauf que jamais l'œdème interépithélial n'a atteint le stade de la vésiculation et qu'il n'y a pas d'acanthose.

« Colcott Fox et Mac Leod font ressortir la ressemblance presque parfaite de leur cas avec les érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées dont il diffère cependant en ce qu'il est caractérisé par un aspect réticulé, mais surtout avec

le *Pityriasis lichenoides chronica* de Juliusberg, le *Lichenoides und psoriasiformis Exanthem* de Neisser et la *Dermatitis psoriasiformis nodularis* de Jadassohn qui sont pour ainsi dire identiques à leur cas au point de vue clinique et histologique. L'*eigenartige psoriasiformis und lichenoides Exanthem* de Jadassohn en diffère quelque peu : il constitue une sorte de fait de passage entre la parakeratosis variegata et le psoriasis.

« Envisageant ensuite la question d'un peu plus haut, les auteurs font remarquer que tous ces cas ont pour caractères communs d'être constitués par une inflammation superficielle circonscrite aux couches papillaire et sous-papillaire avec dilatation des capillaires, œdème, infiltration cellulaire, par un œdème interépithélial, et un processus défectueux de kératinisation. Les cellules épineuses sont œdématiées ; on y voit, çà et là, une dilatation des espaces nucléaires ; mais cette lésion n'est jamais assez accentuée pour former l'altération cavitaire de Leloir et une vésicule parenchymateuse, et, d'autre part, l'œdème interépithélial n'est pas suffisant pour donner naissance à une vésicule par exagération de l'état spongoïde.

« L'étude des coupes de leur cas ne donnait pas l'idée d'un œdème interépithélial produit par une chimiotaxie positive, conséquence de l'action irritante de microorganismes, mais bien plutôt celle d'un œdème dû à un trouble vaso-moteur des vaisseaux superficiels. Cela pourrait expliquer dans une certaine mesure la résistance toute particulière au traitement locale.

« Les auteurs pensent que la parakeratosis variegata est un des membres d'un groupe de maladies pour lesquelles on n'a pas encore de nom générique et pour lesquelles ils proposent celui de *resistent maculo-papular scaly erythrodermias*.

« Ils font rentrer dans ce groupe les dermatoses suivantes :

« 1° Érythrodermies pityriasiques en places disséminées (Brocq);

« 2° Dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn) ;

« 3° Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg) ;

« 4° Lichenoides psoriasiform exanthem (Neisser) ;

« 5° Parakeratosis variegata.

« Ces dermatoses sont tout à fait voisines les unes des autres, et elles ne diffèrent au point de vue clinique et histologique que par le mode de groupement et l'arrangement général des lésions initiales.

« Voici leurs conclusions :

« 1° La parakeratosis variegata est une entité clinique.

« 2° Elle attaque principalement le sexe masculin, les adultes robustes. On n'en connaît pas l'étiologie, bien que, par son aspect général et par son histologie, elle donne l'idée d'un trouble vaso-moteur avec œdème et infiltration cellulaire du chorion, puis modifications secondaires de l'épiderme.

« 3° La lésion initiale est une macule, ou une papulo-macule petite, aplatie, couverte de fines squames adhérentes qui peuvent être détachées par le grattage sans que l'on fasse saigner.

« 4° Les lésions, en devenant confluentes, forment un réseau d'aspect particulier encerclant des plaques de peau normale ; en outre, il y a des différences de couleur assez marquées suivant les diverses régions du corps : ce qui donne à l'éruption une physionomie marbrée ou bigarrée des plus caractéristiques.

« 5° Le corps est, d'ordinaire, envahi dans sa presque totalité, sauf la face, le cuir chevelu, les paumes des mains et la plante des pieds.

« 6° L'affection est sujette à des rémissions et à des exacer-

bations ; mais elle est particulièrement chronique dans son évolution.

« 7° Il n'y a point de symptômes subjectifs accentués.

« 8° L'éruption résiste d'une étrange manière au traitement.

« 9° Elle consiste histologiquement en une inflammation superficielle qui affecte la couche papillaire du chorion avec dilatation des vaisseaux, œdème, infiltration cellulaire, état œdémateux de l'épiderme, et plus ou moins de défectuosité dans le processus de kératinisation.

« Le 22 janvier 1902, le Dr Abraham a présenté à la Société dermatologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande un cas de parakeratosis variegata chez une jeune femme de 22 ans. Ce cas nous paraît un peu discutable, aussi nous contentons-nous de le mentionner (1).

« Pour être complet, nous devons citer un travail du Dr V. Casoli sur les *dermatoses squameuses anormales*, travail dans lequel il parle du pityriasis lichenoides de Juliusberg, et de nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées : il relate même une observation personnelle de cette dernière forme morbide (2).

« Il sépare, d'ailleurs, les deux groupes de faits, tout en leur reconnaissant des points de contact. »

Depuis trois ans, il ne semble pas que la question ait évolué beaucoup. Je ne trouve à mentionner que la thèse inaugurale (3) de M^{me} Augusta Bucek (1903). L'auteur reprend l'histoire du parapsoriasis, apporte deux nouvelles observations et analyse toutes celles qui ont paru jusqu'alors. M^{me} Bucek constate, au cours de cette étude, le peu de concordance des descriptions des différents auteurs, et avoue

(1) Voir *The British Journal of Dermat.*, mars 1902, p. 99-100.

(2) V. CASOLI. *Dermatosi squamose anormale. Giornale Italiana delle malattie veneree e della pelle*, 1901, p. 719, 742 et 749.

(3) M^{me} Augusta Bucek *Beiträge zur Kenntniss der parapsoriasis*. Zurich 1905.

qu'on croirait, à les lire, avoir devant les yeux plusieurs dermatoses différentes, et non les différents aspects d'une même dermatose.

Elle conclut pourtant à l'unité du parapsoriasis de Brocq et propose seulement pour les formes principales, une dénomination différente « P. nodulaire. P. maculeux. P. mixte ».

Cependant cette unité n'est pas admise partout. M. le Pr Rille, au Congrès de Médecine interne de 1904 (1), sépare nettement les érythrodermies pityriasiques en plaques du pityriasis lichenoidé chronique (ou dermatitis psoriasiformis nodularis, ou encore, exanthème psoriasiforme lichenoidé).

Cette dernière dermatose, dit-il, est formée de papules, et rentre dans les lichens, au sens donné par Hebra à ce mot.

La lésion élémentaire de l'érythrodermie est au contraire une macule.

Dans le pityriasis lichenoidé de nombreuses efflorescences isolées guérissent spontanément et la maladie n'est incurable que par suite de poussées incessantes.

Les plaques de l'érythrodermie, au contraire, ne disparaissent jamais et s'agrandissent constamment.

L'érythrodermie de Brocq n'est d'ailleurs qu'une forme circonscrite ou maculeuse d'atrophie idiopathique de la peau.

Radcliff Crocker ne semble pas admettre davantage la parenté des différentes formes de parapsoriasis.

Dans une étude intitulée *Xantho-erythrodermia prestans* (2) il décrit, sous ce nom, 9 cas d'une dermatose qu'il avait cru d'abord pouvoir assimiler au parapsoriasis en plaques. Un de ces cas avait été présenté à la Société de dermatolo-

(1) RILLE. Demonstration eines Falles von Pityriasis lichenoides chronica. *Congress f. innere Medicin.* t. XXI. 1904.

(2) *The British journal of dermatology*, avril 1905,

gie de Londres. MM. Hallopeau, Gastou, Jacquet et Pautrier s'étaient refusés à voir là la dermatose de Brocq, et A. Crocker a regardé, depuis, ces 9 cas comme des types d'une affection entièrement nouvelle. Il ne paraît pas avoir jamais songé à les rapprocher de son lichen variegatus et n'a pas vu, par conséquent, de rapports entre celui-ci et le parapsoriasis en plaques.

CHAPITRE II

FAITS CLINIQUES

Je n'aurai pas à tirer des observations que j'apporte une conception ou une classification nouvelle des parapsoriasis. Ce travail a été fait de main d'ouvrier; il est inutile de le recommencer; il serait puéril d'en faire le simulacre. Je n'aurai même pas à discuter la place qui revient, dans tel ou tel groupe de parapsoriasis, à celles qui n'avaient pas été publiées déjà en 1902. Chacune a été classée dans le sien dès le premier examen du malade. Toutes en effet, ont été recueillies dans le service de M. Brocq.

Je les présente donc, d'emblée, rangées sous trois chefs, comme dans le mémoire de mon maître : *Parapsoriasis en gouttes*, *Parapsoriasis en plaques*, *Parapsoriasis lichénoïdes*.

Je renvoie, cependant, après cet exposé de faits, la description schématique de chacune de ces variétés, comme si je devais faire œuvre originale. Aussi bien, c'est d'après mes observations personnelles que je l'écrirai, au risque de m'écarter un peu de celle de Brocq. L'identité des modèles qui ont servi aux deux descriptions est certaine; l'interprétation seule a pu différer légèrement, et, puisqu'une note personnelle intervenait forcément dans l'exposé même des observations, et se retrouvait, plus accentuée encore, dans les chapitres suivants, j'ai cru qu'à la laisser ainsi paraître ici,

je mettrais dans mon travail plus d'unité et qu'il y gagnerait peut-être en sincérité.

Je ne donne pas, dans ce chapitre mes documents histologiques, ils y auraient été un peu trop dispersés et auraient allongé outre mesure certaines observations. Il m'a paru plus commode de les réunir tous, pour faire, tout d'une haleine, en regard de mon tableau clinique, une description pathologique aussi détaillée que possible.

1° **Parapsoriasis en gouttes.**

Observation I (Obs. I du mémoire de Brocq).

Il s'agissait d'une jeune femme de 26 ans, bien portante jusqu'alors, qui, depuis quatre ou cinq mois, avait vu se développer graduellement sur tout le corps, tronc, membres inférieurs, membres supérieurs, sauf la face qui est toujours restée indemne, une éruption composée d'éléments aplatis, dont les dimensions variaient de la grosseur d'une petite tête d'épingle à celle d'une lentille. Leur coloration était assez variable suivant les régions. Sur les membres supérieurs et sur le thorax ils étaient d'un rose assez pâle, un peu bistre par places, vers le bassin et sur les cuisses d'un rouge assez foncé, sur les jambes d'un rouge livide.

Leurs limites étaient assez nettes quoique non tracées linéairement, comme celles des papules de lichen plan, par exemple. Elles étaient même peut-être un peu moins précises que celles des papules typiques de syphilis secondaire.

Sur les avant-bras on en trouvait un certain nombre de lisses, unies, non squameuses, au niveau desquelles l'épiderme paraissait être légèrement plissé, ou bien tendu comme sur des papules de syphilis desquamées. Mais presque toutes étaient un peu squameuses. Par le coup d'ongle la squame devenait plus blanche, nacrée ; elle se détachait assez facilement, n'ayant pas beaucoup d'épaisseur, mais on ne trouvait au-dessous d'elle qu'un derme rouge ou rosé selon les régions, jamais la surface lisse, luisante parsemée d'un petit piqué hémorragique caractéristique du psoriasis.

L'éruption était partout discrète, en ce sens que nulle part les petits éléments ne confinaient de manière à former de larges plaques : partout ils étaient distincts les uns des autres. Par contre, en certaines régions, face antérieure des avant-bras, et surtout face antérieure des poignets, bas-ventre, reins, cuisses, ils étaient extrême-

ment nombreux, presque serrés les uns contre les autres. L'éruption était moins abondante sur la poitrine, sur les seins, sur le dos, sur les jambes. Cependant les éléments éruptifs n'y étaient guère distants les uns des autres de plus de un à deux centimètres. En somme, le corps dans sa totalité était en quelque sorte criblé.

L'examen attentif des muqueuses buccale, gutturale, vaginale, ne révélait aucune lésion. Les ganglions inguinaux et cervicaux étaient un peu volumineux, durs et indolents.

La malade n'avait ni céphalées, ni troubles généraux d'aucune sorte; elle n'éprouvait aucun prurit au niveau de l'éruption. Les urines étaient normales.

Lors de notre premier examen nous fûmes fort embarrassé, et nous crûmes d'abord à une éruption de syphilis secondaire. Cependant nous ne mîmes la malade au traitement mercuriel qu'après une huitaine de jours d'observation. L'effet de cette médication fut absolument nul sur l'éruption. Au bout de six semaines d'administration ininterrompue de liqueur de van Swieten aux doses de 30 grammes par jour, nous nous vîmes dans la nécessité de renoncer à notre hypothèse d'infection syphilitique d'origine inconnue.

D'ailleurs les lésions éruptives ne présentaient ni l'infiltration, ni l'aspect véritable des syphilides papuleuses typiques : la desquamation était centrale, jamais périphérique; le derme n'était nullement épaissi. Il n'y avait pas non plus de formation péripilaire pouvant faire penser à une syphilis acnéique.

D'autre part, il n'y avait pas non plus les caractères objectifs du psoriasis.

C'est alors que nous nous arrêtâmes à l'hypothèse d'une de ces affections encore mal connues voisines du psoriasis, mais n'en étant pas, du même ordre que nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées, mais d'un autre aspect objectif.

Nous soumîmes donc notre malade aux médications locales qui nous avaient donné des résultats dans nos érythrodermies pityriasiques en plaques, et nous ne tardâmes pas à reconnaître, après plusieurs tâtonnements, qu'ici encore, comme pour les érythrodermies pityriasiques, la médication locale de choix consistait à irriter fortement les téguments avec des préparations salicylées pyrogallées fortes, puis à les calmer avec des cérats ou des cold creams, puis à reprendre les pommades fortes, et ainsi de suite jusqu'à disparition totale de l'éruption. Nous pûmes ainsi arriver à guérir notre malade au bout de quelques mois.

Observation II (Obs. III du Mémoire de Brocq).*Psoriasisation légère et superficielle des téguments.*

G. . . , âgé de 12 ans, extrêmement impressionnable, est fils d'un père rhumatisant, mort à 35 ans d'une affection cardiaque, et d'une mère fort nerveuse, quoique bien portante, actuellement âgée de 45 ans.

Il y a quatre ans, à la suite d'une peur violente, il vit dès le lendemain survenir sur les deux jambes des lésions cutanées analogues à celle qu'il présente encore aujourd'hui.

Depuis cette époque cette éruption a toujours persisté, mais elle présente de grandes variations d'intensité suivant les diverses périodes où on l'observe. D'une manière générale elle augmente pendant l'été, dès que surviennent les chaleurs, et elle diminue pendant l'hiver.

Jamais elle ne s'est accompagnée ni de prurit, ni d'un autre phénomène subjectif. Jamais elle n'a paru agir en mal sur l'état général de la santé.

Jusqu'à l'été dernier les jambes seules avaient été prises. A cette époque les bras ont été envahis. Il n'y a jamais eu ni pellicules, ni croûtes dans les cheveux.

Au moment où l'on observe le malade il présente sur les jambes, les bras, et un peu sur la poitrine, une éruption qui consiste en de tout petits éléments superficiels de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'une demi-lentille, arrondis, nettement distincts les uns des autres, ne formant nulle part de grandes plaques par confluence.

Quand on les gratte légèrement, on met en évidence une squame sèche, nacrée formant la tache de bougie, mais peu accentuée, car la desquamation est peu épaisse, et la squame des plus minces. On arrive tout de suite sur un derme à peine rosé, très pâle, sans aucun piqueté hémorragique; au niveau de certains éléments la teinte rosée est même à peine perceptible.

Ces éléments sont surtout nombreux à la face postérieure de l'avant-bras; sur les cuisses on en retrouve quelques-uns, quoiqu'ils soient moins nombreux, mais un peu plus larges; ils atteignent les dimensions d'une forte lentille. Aux membres inférieurs ils sont surtout abondants vers la face interne des cuisses, au voisinage des genoux. Cependant on ne peut dire que l'éruption soit parfaitement symétrique.

On trouve quelques éléments fort discrets sur la poitrine; le dos est indemne.

(Observation prise par M. Bodin (Léonce-Gabriel), interne du service.)

Observation III (1). (Personnelle).

P. E. Jeune homme de 23 ans, se présente le 15 mai 1904 à la consultation de l'hôpital Broca, porteur d'une éruption, qu'il croit de nature syphilitique.

A. H. Son père et sa mère sont vivants. Le père est « asthmatique ». La mère a un « eczéma » depuis fort longtemps. Ils ont eu six enfants; les cinq autres sont bien portants. Le malade est le dernier.

A. P. De son passé pathologique, il n'a gardé qu'un souvenir : celui d'une syphilis contractée à l'âge de 12 ans par contamination extra-génitale. Il a été soigné par M. le Dr Thibierge. L'évolution de cette syphilis a été bénigne. Après un traitement énergique et prolongé les accidents ont disparu pour ne plus reparaitre.

H. M. L'éruption actuelle est venue, l'année dernière (mai 1903), lui rappeler son infection ancienne, dont il se croyait quitte.

Elle est apparue d'abord sur les avant-bras, sous la forme qu'elle présente encore aujourd'hui, et sans démangeaisons. Elle s'est étendue peu à peu aux bras, au tronc et aux membres inférieurs. En deux ou trois mois, elle a atteint toute son étendue. A l'hôpital Saint-Louis, on a cru successivement à un pityriasis rosé de Gibert, à une roséole syphilitique, à une gale. On a essayé à tour de rôle le traitement de ces dermatoses. Les différentes pommades atténuaient l'éruption, mais ne la faisaient pas disparaître.

Depuis deux mois on a cessé tout traitement, et l'éruption redevient plus apparente.

Jamais de démangeaisons. L'état général reste bon.

Le malade a une alimentation normale. Pas d'excès, une tasse de café par jour. Il travaille dans un bureau. Il est légèrement constipé. Il n'a pas observé une influence saisonnière quelconque sur son éruption.

Etat actuel. — C'est un homme grand-mince, d'aspect assez délicat, pâle avec les pommettes rouges; la peau blanche et fine, le thorax étroit; acro-asphyxie notable. Dans l'ensemble l'aspect d'un candidat à la tuberculose. Cheveux bruns assez abondants. Ongles normaux.

L'éruption est généralisée; elle occupe le tégument tout entier, sauf le visage et le cuir chevelu qui présentent seulement quelques séborrhéides pityriasiques.

Elle est très discrète à la paume des mains et à la plante des pieds et épargne les coudes et les genoux. Partout ailleurs elle est serrée. Elle ne paraît pas avoir de prédilection pour les surfaces d'extension ou de flexion.

(1) Je la dois à l'obligeance de M. le Dr Thibierge. C'est lui que le malade était venu consulter. Il a bien voulu me le montrer et me le confier.

Sa coloration est rose, d'une teinte un peu plus vive sur les membres inférieurs, mais qui ne va jamais jusqu'à l'aspect livide, et ne fait pas de bigarrures à proprement parler. Elle est difficile à apercevoir au niveau des poignets et des mains, à cause de l'acro-asphyxie sous-jacente.

Les efflorescences sont rapprochées, elles se touchent parfois, elles criblent la surface cutanée, mais ne forment pas de réseau. L'impression première est d'un pityriasis de Gibert à petits éléments un peu anormaux. Ce n'est pas la couleur de la syphilis.

Comme dans le pityriasis rosé, on a sous les yeux des *macules érythémateuses* et plus ou moins *squameuses*.

Une recherche attentive ne permet pas de trouver un seul élément franchement papuleux, avec une infiltration appréciable. S'il y a parfois une saillie légère, elle est due à la squame organisée ou en voie d'organisation. Ces macules s'effacent plus ou moins à la pression. Les plus érythémateuses conservent, après une pression énergique, une teinte jaunâtre. Ces éléments sont irrégulièrement arrondis, à bords flous. Leur diamètre moyen est de 0^m01, souvent plus petit, rarement plus grand.

Ils paraissent à première vue assez différents les uns des autres ; on peut, en réalité, les ramener facilement à quatre types, qui représentent vraisemblablement les quatre étapes d'un même processus.

a) Le plus fréquent est constitué par une macule rose, à la surface de laquelle l'épiderme prend un aspect particulier. Il reste lisse et parfois devient un peu luisant, mais son grain change. Le réseau des plis devient plus grossier, et l'on a à la vue, avant de l'avoir au toucher, l'impression que la couche cornée, et peut-être toute la couche épidermique est moins souple qu'ailleurs. Ce n'est pas de la lichénification, c'est un aspect que l'on pourrait appeler « *chagriné* », car il rappelle assez exactement la peau de chagrin. Ce n'est pas le quadrillage régulier de la peau lichénifiée, ce n'est pas sa dureté, sa sécheresse. Le doigt trouve ici, plutôt une sensation de velouté et on se rend compte que la modification est toute superficielle et intéresse surtout les zones kératinisées.

Le grattage fait sur cet épiderme des stries blanchâtres micacées. Et l'on a, en petit, le phénomène de la tache de bougie. Seulement, l'épaisseur de la couche qu'effrite l'ongle est minime ; on n'enlève pas, comme dans le psoriasis, l'épiderme corné tout entier. On ne découvre jamais, au-dessous, une surface lisse, suintante et piquetée de gouttelettes de sang. Un grattage brutal peut provoquer une hémorragie minuscule, mais en traînées, et seulement aux points les plus intéressés. C'est une simple excoriation.

b) Un degré de plus dans ces anomalies des couches de kératinisation, et on arrive au type suivant. Le centre de la plaque perd son aspect « *chagriné* ». La couche cornée est plus épaisse encore, et par conséquent moins souple. Elle forme une plaque presque lisse, où

le réseau des plis cutanés s'efface. Un nouveau réseau beaucoup plus simple le remplace, formé par trois ou quatre stries, ou plutôt trois ou quatre cassures plâtreuses qui se coupent à angle droit. On voit qu'il ne s'agit plus d'une couche cornée mince et capable, grâce à la souplesse et à la multiplicité de ses plis, à leurs directions infiniment variées, de se prêter à tous les mouvements de flexion et d'extension des plans sous-jacents ; c'est une lame presque rigide qu'une flexion cassera, qu'une extension déchirera.

Le plus souvent, cette plaque se continue sans ressaut, sur ses bords, avec l'épiderme voisin, qui est resté encore au stade précédent. Parfois elle s'épaissit et fait une légère saillie, qui la délimite déjà plus nettement. D'autres fois, enfin, elle commence à se séparer des plans sous-jacents et ses bords se soulèvent.

c) Le troisième type n'est qu'une ébauche ou une atténuation du premier. Ce n'est plus qu'une macule rose ou fauve, très voisine de la tache de roséole syphilitique. Cependant, le grain de l'épiderme est déjà un peu plus grossier. L'ongle y fait apparaître, par places, des traînées blanches, qui indiquent une keratinisation déviée.

d) A côté, c'est encore le même aspect, mais tandis que dans les deux premiers types, la plaque fait une saillie légère que l'œil voit, que le doigt devine ; tandis que dans le type précédent, elle est au niveau de l'épiderme voisin, on voit ici, à jour frisant, qu'elle est déprimée. Le toucher ne peut renseigner sur une différence de niveau aussi légère ; l'œil ne s'y trompe pas. D'ailleurs en exerçant une traction sur la peau avoisinante, l'épiderme au niveau de la plaque, se plisse de façon caractéristique. Il y a, à n'en pas douter, un léger degré d'atrophie.

Ces lésions diverses sont juxtaposées, sans ordre apparent. A côté du type atrophique, qui est évidemment une forme terminale, on voit souvent un élément du premier type ou du second, parfois du troisième. Ce dernier représente-t-il le stade du début, ou une étape vers l'atrophie ? Chacune des efflorescences passe-t-elle forcément par ces quatre étapes ? Une observation minutieuse et prolongée pourrait seule permettre de répondre à ces questions.

Les quatre types ne se retrouvent pas avec la même fréquence sur toutes les régions du corps :

Le *cou* présente surtout des macules érythémato-squameuses du premier type.

Sur le *tronc*, au contraire, se voient en grande quantité les macules à peine visibles du troisième.

Les *membres supérieurs* nous offrent réunis les quatre ordres de lésions.

Sur le bord antérieur des *aisselles* et au *pli du coude*, les macules sont très saillantes. Elles s'affaissent dans le fond du creux axillaire.

On ne trouve plus guère que des taches roséoliques sur la *face dorsale des mains*. Elles existent seules à la *face palmaire*.

Au niveau des *fesses*, les éléments franchement squameux sont nombreux.

Ceux du *creux proplité* sont saillants comme ceux du pli du coude et des aisselles. Sur les *pieds* c'est la macule pure qu'on trouve.

Cette éruption forme un type remarquable de parapsoriasis en gouttes.

Une biopsie est pratiquée sur la face antérieure de l'avant-bras droit pour prélever un fragment d'une tache, avec squame centrale, et zone périphérique « chagrinée ».

On applique un pansement à la pommade pyrogallée sur le bras gauche. Le malade devra renouveler le pansement tous les jours et revenir au bout de deux semaines.

Le 29 mai l'éruption est très modifiée sur les points traités. La plupart des taches et des squames ont disparu, ou, plutôt, se sont affaissées. La place qu'elles occupaient est marquée par une dépression légère et une teinte noire, due à la pommade qui a « mordu » là plus que sur la peau saine.

Le long intervalle qui a séparé les deux examens nous a empêchés de suivre l'évolution individuelle de quelques-uns des éléments laissés sans traitement. Cependant il s'est produit des modifications assez probantes pour que nous puissions nous assurer de la signification et des rapports chronologiques des différentes formes élémentaires. Les macules du premier type sont devenues rares ; celles du deuxième type sont au contraire en majorité ; elles représentent donc vraisemblablement un stade plus avancé. Elles sont, pour la plupart, plus grandes qu'au moment du premier examen : en même temps que la squame s'organisait au centre, la tache s'accroissait à la périphérie, et son aréole « chagrinée » s'étendait plus loin. Cependant, sur quelques-unes, cette aréole a disparu ; la squame a atteint les bords de l'élément, qui a cessé de progresser. Si la surface est assez large, au lieu d'une squame, on en compte même souvent deux ou trois, probablement formées par la rupture de la squame primitive.

Ces squames sont très peu adhérentes ; on peut souvent les enlever d'une pièce. Au-dessous, l'épiderme paraît à peu près normal ; il est encore un peu lisse et rosé mais ne suinte pas et ne saigne pas.

A noter un aspect particulier et nouveau de l'éruption sur la fesse gauche, dû à la coalescence de plusieurs éléments. Il y a là, deux placards de la largeur de la paume de la main environ, sur lesquels les squames sont très rapprochées, presque juxtaposées. Au niveau du plus petit, elles paraissent reposer sur un épiderme sain et elles se touchent par leurs bords. On dirait, comme sur les petits éléments,

qu'elles ont été formées au dépens d'une squame unique, qui se serait fragmentée. On pourrait aussi comparer ce placard à un îlot d'ichthyose enclavé dans de la peau saine.

Sur le second, l'aspect est un peu différent; entre les squames apparaît un épiderme rosé, qu'on retrouve aussi à la périphérie de la plaque, et qui représente la bordure chagrinée des lésions élémentaires juxtaposées. Si l'on veut user de la même image c'est à une ichthyose légèrement enflammée qu'on pourrait comparer ce deuxième placard. Le premier était fait d'éléments adultes, ayant achevé leur évolution, celui-ci formé d'éléments en activité.

L'Etat général est bon. Pas de tares viscérales.

L'Examen des urines a été fait par M. le Dr Aygnac. Je n'en donne que les conclusions: Coefficient azoturique élevé. Molécule élaborée moyenne normale. Oxydation du soufre normale. Perméabilité rénale excellente. Déminéralisation phosphorée. Pas de fermentations intestinales.

Traitement. — L'expectative n'est pas prolongée davantage et l'éruption tout entière est traitée par des applications de pommade à base d'acide salicylique, acide pyrogallique, ichthyol et goudron. La peau est extrêmement tolérante. Au bout d'un mois, l'éruption a à peu près disparu.

Le malade est perdu de vue.

Il a écrit récemment (1905) que l'éruption reparait aussitôt qu'il interrompt son traitement.

Observation IV (Personnelle. — Résumée dans le mémoire de Brocq, où elle forme l'obs. II).

En mai 1902 (1), Yvonne X..., 12 ans, vient consulter pour une éruption généralisée datant de l'enfance. Elle est accompagnée de son père et d'une sœur de sa mère, qui peuvent nous fournir sur sa famille paternelle, sa famille maternelle et sa première enfance, tous les renseignements désirables.

A. H. La mère est morte, il y a deux ans de tuberculose pulmonaire. Elle avait été malade. Sa mère, morte jeune aussi, avait présenté au cou, des cicatrices irrégulières, qui devaient provenir d'adénites tuberculeuses suppurées. Elle avait eu deux sœurs; toutes les deux vivantes et toujours bien portantes.

Le père nie toute syphilis. Il avoue une blennorrhagie. Il est emphysémateux. Dans son enfance, il aurait eu, comme tous ses frères

(1) Dans l'ordre chronologique, cette observation se plaçait avant la précédente. J'ai interverti les rangs pour la commodité de ma description histologique faite surtout d'après l'observation III.

la « gourme ». Impossible de savoir s'il s'est agi d'eczéma ou d'impétigo.

La petite malade a eu deux frères, plus âgés qu'elle. L'un d'eux a 16 ans, aujourd'hui. Il s'est toujours bien porté. Le second est mort tout jeune et très rapidement, au cours d'un eczéma généralisé.

Il était né trois ans avant Yvonne. Dans cet intervalle, la mère avait fait une fausse couche de 6 semaines. Elle en avait fait une autre six ans après la naissance de sa fille, comme la première fois au bout de quelques semaines et sans raison apparente.

A. P. Yvonne a été nourrie au sein par sa mère jusqu'à 2 mois. On a donné ensuite du lait de vache. Les tétées ont toujours été mal réglées. Cependant l'enfant se portait bien; elle a marché à 14 mois. A l'âge de 5 ans, elle a eu la rougeole. Immédiatement après cette maladie, on l'a séparée de sa mère et confiée à sa tante qui l'a toujours gardée, observée et soignée jusqu'à aujourd'hui.

Elle avait à ce moment « mal aux yeux » du coryza chronique, et ronflait en dormant. Le sirop iodé et même l'iodure de potassium qu'on lui fit prendre n'ont jamais amené d'accidents d'iodisme.

H. M. Peu à peu apparaît l'éruption pour laquelle on nous l'amène. L'aspect au début, était différent : les squames étaient blanches, plus petites qu'aujourd'hui et reposaient sur un fond rosé. On les détachait très facilement. Jamais de suintement, jamais de démangeaisons.

L'ablation de végétations pharyngées, et la disparition des accidents qu'elles occasionnaient, ne paraissent pas avoir influencé la marche de l'éruption. Elle s'était montrée d'abord sur les bras, puis avait envahi les avant-bras. Elle s'est étalée ensuite sur les cuisses, les jambes, et a apparu en dernier lieu sur le tronc. La face n'a jamais été atteinte. Peu à peu les squames ont bruni et pris leur teinte actuelle. La peau a toujours été très brune.

Cet envahissement a été lent. Il s'est fait par poussées successives, sans relation avec aucune cause apparente, fût-ce un changement de saison ou de température. L'apparition des règles, survenues sans incidents, une première fois, il y a trois mois, est restée sans influence. A chaque poussée, de nouveaux éléments apparaissaient. Leur évolution était très lente, ils disparaissaient cependant après une durée plus ou moins longue. On a observé cette disparition sur plusieurs d'entre eux, qui n'ont laissé en s'effaçant, ni cicatrice, ni tache. Les pommades qu'on employait depuis plusieurs années semblaient parfois hâter cette terminaison. Il y a eu même quelques rémissions allant presque jusqu'à une guérison apparente.

La dernière remonte à quelques mois. Elle a succédé à un traitement régulier et prolongé : trois bains par semaine avec savonnage au savon blanc; puis application d'une pommade. Pendant deux mois on croit la guérison. Survient une roséole qui envahit même le visage, dure huit jours sans fièvre, puis disparaît sans desquama-

tion. Peu après arrive la rechute pour laquelle on nous amène la malade, sur le conseil d'un médecin qui avait porté le diagnostic de psoriasis.

L'anamnèse ne nous permet de découvrir aucune cause plausible pour cette roséole, qu'il nous est pourtant difficile de rattacher à l'éruption actuelle.

Le régime a toujours été sévère, ni vin, ni café, ni liqueurs; pas de charcuterie, pas de poisson. Beaucoup d'œufs, cependant.

L'état général n'a jamais été affecté. Jamais de fièvre. Pas même de prurit. L'enfant n'a jamais paru incommodée par son éruption. Elle est constipée, et reste jusqu'à trois ou quatre jours sans aller à la selle. Elle ne présente par l'irritabilité nerveuse que nous trouvons fréquemment associée aux dermatoses infantiles. Elle est plutôt apathique.

État actuel. — La jeune fille est grande, et bien développée. La peau est très brune. Kératose pilaire peu marquée à la face postérieure des bras, très développée aux lieux d'élection des membres inférieurs. Chevelure abondante, ongles normaux, séborrhée fluente autour du nez. Faciès franchement adénoïdien. Un peu d'acroasphyxie.

L'éruption est à peu près généralisée, plus serrée et de teinte plus foncée sur les membres inférieurs. Son aspect n'est pas bigarré. Elle respecte les mains et les pieds, le cou, le visage et le cuir chevelu. On trouve sur la joue droite, quelques placards de séborrhéïdes psoriasiformes et une desquamation pityriasique diffuse. Il est impossible de confondre ces séborrhéïdes avec les éléments de l'éruption. Celle-ci s'arrête à la base du cou.

Elle se répartit assez nettement en deux foyers. Elle forme au niveau des seins et des omoplates une zone qui entoure le thorax; de là, elle passe sur les bras. Elle encercle de même le bas-ventre, les hanches et la région lombaire, puis envahit les membres inférieurs.

Dans l'intervalle de ces deux zones, des éléments assez clairsemés indiquent que cette systématisation n'est pas absolue.

La ligne médiane du tronc, en avant et en arrière est à peu près indemne. Les éléments éruptifs sont au contraire très serrés sur la face externe des seins, sur les omoplates et sur les hanches.

Sur les membres, c'est le segment supérieur, bras ou cuisse, qui est toujours le plus atteint. Il n'y a cependant qu'une homologie grossière dans la distribution des éléments sur les membres supérieurs et les membres inférieurs. Les fesses et les épaules, les coudes comme les genoux, et tous les plis de flexion sont libres. Mais la surface tout entière des membres supérieurs est envahie, tandis que l'éruption laisse intactes à peu près entièrement, la face postérieure et la face interne des cuisses; elle est plus discrète sur les jambes qu'aux avant-bras mais sème cependant quelques éléments sur le dos du pied et au niveau des gout-

tières retro-malléolaires, tandis qu'elle s'arrête, en haut, au-dessus de poignet.

Elle est presque monomorphe. Un examen attentif permet pourtant de découvrir sur les hanches quelques éléments assez différents des autres. Au total deux types seulement :

a) Le premier celui que l'on rencontre partout, et qui semble résumer l'éruption est aussi le plus caractéristique ; c'est le plus facile à décrire :

Une *squame brunâtre*, plate, sèche, solide, assez régulièrement arrondie, à bords décollés et soulevés. Elle est peu adhérente, et recouvre une épiderme à peu près normal. La pression ne modifie pas sensiblement la couleur de l'élément.

Les dimensions de cette squame varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes. Elle est d'un brun plus ou moins foncé, suivant que son épaisseur est plus ou moins grande. Elle est sèche, et s'effrite très difficilement, mais devient blanchâtre par le grattage. Elle est plate, jamais ostréacée, et d'épaisseur uniforme. Quand elle est très mince, elle présente encore des vestiges du quadrillage normal de la peau, mais un nouveau système de plis s'ébauche déjà, commandé par la flexion et l'extension de cette plaque peu souple ; ce sont deux ou trois stries rectilignes qui se coupent à angle presque droit. Elles deviennent plus profondes et plus larges à mesure que la squame s'épaissit. Ce sont parfois de véritables cassures et elles prennent alors un aspect plâtreux.

Cette squame est posée à plat, comme un pain à cacheter, sur la peau qui paraît, au palper, souple et sans infiltration. L'élément congestif même y fait presque complètement défaut, puisque la pression n'amène pas de changement notable de coloration.

Ses bords sont nets, parfois un peu décollés. Elle est traversée perpendiculairement par les follets, lorsqu'ils existent. Elle est parfois soulevée et quelquefois aussi perforée par un nodule de kératose pilaire. Un point blanchâtre indique alors l'éraillure produite sur les lames cornées par ce petit corps étranger emprisonné au-dessous d'elles.

Un coup d'ongle un peu brutal arrache assez facilement cette squame. Si l'on prend quelques précautions, et si on l'attaque par le bord soulevé, on peut souvent l'enlever tout d'une pièce. On voit alors sa face profonde, blanchâtre, et comme farineuse. Elle n'envoie jamais de prolongements intra-folliculaires. Une fois arrachée, elle reste souple, et ne se fragmente pas.

Au-dessous, l'épiderme paraît presque normal, il est un peu rosé et lisse ; il a déjà son quadrillage, ne suinte pas, et ne saigne jamais. Pas d'infiltration appréciable.

Ces éléments sont en général, isolés, mais très souvent aussi, groupés en placards irréguliers, de 2 centimètres de diamètre et au delà. Ils sont alors moins arrondis, parfois polygonaux et semblent découpés dans une gigantesque squame qui se serait fragmentée.

b) Le deuxième type, beaucoup plus rare, semble une atténuation du processus qui aboutit normalement à la forme précédente; il en est sans doute le premier stade.

C'est une *macule fauve*, de contour plus souvent irrégulier que régulier, de dimensions variables, à bords peu nets. L'épiderme, à ce niveau, manque de souplesse; il est sec, grenu, et le grattage y fait des stries blanches; le quadrillage normal commence à s'effacer. De grosses stries parallèles apparaissent.

A jour frisant, on voit que cette macule est limitée, à sa périphérie, par un fin liseré; lorsqu'elle est assez étendue, deux ou trois liserés semblables la découpent en trois ou quatre segments.

Ces deux types d'efflorescence sont très inégalement répartis; le deuxième ne se trouve guère qu'au niveau des hanches. Partout ailleurs, on voit la squame caractéristique.

Sur le *tronc* et les *membres supérieurs* on ne voit à peu près que des éléments isolés à squame mince.

Au niveau de la *ceinture* et sur les *cuisses* ils se groupent presque toujours en placards; l'éruption est plus discrète sur les jambes mais la squame est toujours épaisse et très foncée.

L'état général est bon, pas de lésions organiques.

Examen des urines (par le Dr Ayrignac). Coefficient azoturique bon. Molécule élaborée moyenne, normale. Perméabilité rénale excellente.

M. Brocq porte le diagnostic parapsoriasis en gouttes.

La malade ne peut rester que quelques semaines à l'hôpital, on la traite immédiatement par des onctions d'une pommade très énergique (mélange d'acide salicylique, acide pyrogallique, ichthyol et goudron); il a donc été impossible de suivre l'évolution spontanée des deux types d'éléments.

J'avais fait dès le premier jour deux biopsies. L'une portait sur un élément isolé; l'autre sur un groupe d'éléments juxtaposés, à squames un peu plus minces.

Les deux fragments avaient été prélevés au niveau de la fesse et de la hanche droite.

Au bout de deux mois, les squames avaient disparu, la malade était « blanchie ». La peau avait été remarquablement tolérante. Nous conseillons de continuer le traitement quelque temps encore, et de le reprendre à chaque rechute, s'il s'en produit.

Elles ont été nombreuses, et il est impossible de parler de guérison. J'ai revu plusieurs fois Yvonne X. Les squames sont cependant moins épaisses, même après une

longue période de repos dans le traitement. Peut-être est-ce sous l'influence d'une saison à la Bourboule, essayée après les échecs multiples du traitement local.

Lors de mon dernier examen, j'ai noté quelques modifications.

La kératose pilaire a achevé son évolution au niveau des bras et les a criblés de cicatrices minuscules.

Sur les seins ont apparu quelques placards, alors qu'on n'en trouvait, autrefois, qu'au niveau de la ceinture et des cuisses.

La plupart des éléments éruptifs ont conservé leur ancienne physionomie. Cependant çà et là, la squame est entourée d'une zone d'aspect pseudo-lichénien comme chez le malade de l'observation III. Au cours des examens précédents, j'avais trouvé quelques macules qui présentaient cet aspect pseudo-lichénien ou chagriné; notamment au niveau des hanches. Je les avais opposées à l'élément squameux caractéristique. Je n'avais jamais rencontré les deux lésions combinées. Je note cette nouvelle forme, qui rétablit un lien de plus entre mes deux observations.

J'en trouve encore un nouveau dans la présence de macules roses ou fauves, un peu plus large que les éléments précédents, au niveau desquelles l'épiderme devient luisant, se déprime un peu et prend ainsi un aspect légèrement atrophique.

2° **Parapsoriasis en plaques.**

Observation V (Obs. VI du mémoire de BROcq).

Le type de cette forme morbide est donné pour le cas qui nous a servi en 1897 à démontrer, aux personnes qui suivaient notre service de l'hôpital Broca-Pascal, la réalité de l'existence de cette dermatose comme variété clinique bien définie.

« Femme de 60 ans, atteinte de son affection cutanée depuis quinze ans : elle a eu d'abord du prurit généralisé, la peau paraiss-

sant indemne de toute éruption; puis, peu à peu, lentement, sont survenues des plaques rouges qui n'ont été nettement constituées que deux ans après le début des premiers phénomènes morbides.

« Depuis lors, la dermatose a toujours continué à évoluer, présentant des rémissions fort nettes pendant l'été, des aggravations en hiver; mais elle est devenue depuis de longues années à peu près complètement indolente. Le prurit est pour ainsi dire nul.

« L'éruption est essentiellement constituée par des plaques disséminées çà et là sans ordre apparent sur presque tout le corps, mais surtout sur les membres inférieurs. Elles y sont fort nombreuses, de telle sorte que les téguments offrent assez exactement sur les cuisses l'aspect de la peau du léopard. Elles sont séparées par des bandes plus ou moins larges de peau saine. On en trouve également sur les jambes, en particulier sur les mollets, sur les fesses où elles sont plus petites qu'aux membres inférieurs, sur le flanc droit, à l'hypogastre, sous le sein gauche, à la face postérieure des bras. La tête a toujours été indemne.

« Leur forme générale est celle d'un cercle ou d'un ovale plus ou moins régulier. Parfois elles affectent l'aspect d'une bande assez allongée. Elles sont rarement très irrégulières et circonscrites par confluence de deux ou de plusieurs plaques primitives.

« Leurs contours sont assez nettement arrêtés; cependant elles n'ont pas les limites précises des plaques de psoriasis par exemple. De loin elles paraissent bien circonscrites; mais, quand on les examine de près, on voit qu'il est en réalité assez difficile de les cercler d'une ligne précise et régulière. Cela tient surtout, ce nous semble, à ce qu'elles ne font pas la moindre saillie au-dessus des régions voisines. Vers leurs bords, le doigt ne perçoit aucun ressaut, l'œil ne distingue aucun relief vraiment appréciable. Il ne semble pas y avoir la moindre infiltration des téguments à leur niveau. Leurs dimensions moyennes sont de 2 à 6 centimètres de diamètre.

« Leur aspect est caractéristique dans sa simplicité. Elles sont d'un rouge pâle, plutôt rosé, tirant par endroits un peu sur le bistre. Cette teinte est uniforme; elle ne devient un peu plus foncée et un peu plus bistrée que vers la partie inférieure des jambes, comme c'est la règle dans toutes les dermatoses. Sur ce fond rouge clair, se voient de nombreuses squames blanches, petites, de 1 à 2 millimètres de diamètre moyen, atteignant rarement 3 millimètres de diamètre, parfaitement sèches, pityriasiques en un mot dans toute l'acception du terme. Elles se reproduisent d'une manière incessante, avec rapidité.

« Actuellement la malade n'éprouve aucune sensation douloureuse au niveau de ses lésions. C'est à peine si parfois elle ressent quelques démangeaisons pour ainsi dire imperceptibles (1).

(1) Voir, pour plus détail, le Mémoire original.

« Ce n'est point un *psoriasis avorté*, car on n'y trouve pas le symptôme d'objectif majeur du psoriasis. Il est impossible par le grattage méthodique d'arriver sur la surface d'un rouge vif, lisse, luisante, parsemée d'un petit piqueté hémorragique caractéristique. D'ailleurs, l'éruption n'a ni la rougeur, ni la squame stratifiée en tache de bougie, ni la netteté des bords, ni l'infiltration du psoriasis.

« Il nous semble tout aussi illogique de la ranger purement et simplement dans les séborrhéides, car il n'y a pas d'infiltration dermique notable, les plaques sont uniformes d'aspect; elles n'ont ni la teinte, ni la squame, ni les localisations des séborrhéides, ni leur évolution.

« Néanmoins, il faut bien reconnaître qu'au premier abord cette dermatose a une vague ressemblance avec un psoriasis avorté ou avec une séborrhéide psoriasiforme.

« Les formes bénignes du pityriasis rubra n'ont pas encore été bien décrites. C'est un sujet qui est à l'étude. Les cas que nous en avons publiés diffèrent du type que nous étudions par une plus grande diffusion de l'éruption qui est généralisée ou qui a de la tendance à se généraliser entièrement. Mais nous ne voyons pas pourquoi on refuserait de donner à ces éruptions le nom de pityriasis rubra ou de pityriasis rouge en placards disséminés. En effet, cette dermatose n'est constituée objectivement que par de la rougeur des téguments et de la fine desquamation furfuracée pityriasique. C'est donc, au sens ancien du mot, un *pityriasis* et un *pityriasis rouge*... Par conséquent, si l'on ne veut pas créer de dénomination nouvelle, si l'on veut s'en tenir, comme le demandent beaucoup d'auteurs, aux radicaux anciens, et adopter une classification logique au point de vue objectif, c'est dans les pityriasis rubra bénins que l'on doit la ranger.

« Les éruptions rouges, sèches et desquamantes de la période de début de certains cas de mycosis peuvent simuler au point de vue objectif les faits que nous étudions. Mais d'ordinaire dans les éruptions prémycosiques les plaques sont prurigineuses, d'un rouge beaucoup plus vif; elles ont une tendance beaucoup plus marquée à l'infiltration. »

Observation VI (Obs. VII du mémoire de Brocq).

X..., âgé de 13 ans, nous est amené le 3 décembre 1890 pour une dermatose bizarre, non prurigineuse, dont il est atteint depuis plusieurs années déjà. Elle est constituée par des plaques arrondies ou ovalaires, plus rarement irrégulières, d'un rouge un peu bistré ou même brunâtre, en réalité nettement pigmentées, à bords assez peu nets, surtout accentuées vers le centre. La peau n'est pour ainsi

dire pas infiltrée, cependant on la croirait très légèrement épaissie en quelques points; en la regardant de fort près, on distingue au niveau de certaines plaques une exagération des sillons naturels donnant un certain air de lichénification.

Ces plaques sont recouvertes de squames assez fines, d'un blanc grisâtre, devenant sur les plaques les plus nettes un peu micacées par le grattage. Quand on opère à fond ce grattage, on peut arriver à enlever en quelques points la couche épidermique en desquamation, et on trouve au-dessous une surface lisse, luisante, d'un rouge un peu sombre, sans piqueté hémorragique, non suintante, non douloureuse.

D'ailleurs, l'éruption n'est le siège d'aucun phénomène subjectif; il n'y a ni prurit, ni cuisson.

Les plaques siègent surtout aux cuisses; on en trouve quelques-unes sur les jambes, et vers les hanches; on en voit également quelques-unes mais fort mal dessinées, et comme avortées sur les avant-bras.

La peau est d'une manière générale xérodermique.

L'éruption évolue avec une lenteur des plus remarquables; elle est peu sujette à varier, cependant elle semble s'accroître un peu en été.

• Observation VII. — D^r MENEAU (1).

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, chez lequel l'éruption a débuté vers l'âge de 10 ans, et depuis lors est restée absolument stationnaire. De taille moyenne, fort, robuste, le sujet n'a aucune tare constitutionnelle, n'a jamais fait de maladie grave, n'a jamais quitté la France et jouit d'une santé parfaite, au point de vue général.

L'éruption occupe surtout les segments supérieurs des membres (épaules, bras, fesses, cuisses). Elle est assez abondante sur les avant-bras, surtout au voisinage des coudes, sur l'abdomen et sur les flancs. La poitrine et le dos sont à peu près indemnes; la face, le cou, les mains et la moitié inférieure des avant-bras, les jambes et les pieds sont complètement respectés. Sur les régions atteintes, l'éruption envahit également les surfaces d'extension et de flexion et ne présente aucune systématisation. Son aspect est partout le même. Elle est constituée par des taches brun rougeâtre, dont la grandeur varie de 1 à 6 centimètres; les plus petites, jusqu'à 3 ou 4 centimètres sont régulièrement circulaires et bien limitées; les plus grandes sont irrégulières, sans présenter toujours un contour polycyclique, et

(1) M. Brocq a reconnu ce cas, à la *Société de Dermatologie*, pour un parapsoriasis en plaques. Je le place ici, à côté des siens.

quelquefois leur limitation est un peu diffuse; elles sont disséminées sans aucun ordre. La couleur des plaques varie du brun-jaune au rouge-brun, mais quand on fait pâlir ces dernières par la pression, on voit qu'elles restent brunes ou jaunâtres. Celles qui sont déjà brunes ne pâlisent aucunement par la pression. Leur couleur normale est brune, mais elles rougissent à la moindre irritation (frottement de la main, contact de vêtement de laine, etc.).

Il n'y a aucune infiltration de la peau à leur niveau, aucune induration. Elles ne sont pas saillies, même quand elles sont irritées et rouges; la peau conserve toute sa souplesse.

La surface des plaques est un peu rude et sèche au toucher; sur les plaques brunes on ne voit pas de desquamation, mais l'épiderme est plus sec, moins souple que normalement. On ne sent pas l'onctuosité de la peau normale, le grain y est moins fin. Les plis de flexion sont un peu plus marqués et les petites aires qu'ils déterminent sont planes et luisantes comme sur la peau sénile, xéro-dermique ou anormalement sèche. Sur certains points, il n'y a presque que de la pigmentation; sur d'autres, on trouve un peu de desquamation farineuse et quelques lésions de grattage. Pas de saillie folliculaire ni de bouchons cornés. La couche cornée a sa consistance normale, le grattage n'arrache pas de lambeaux et ne fait pas de traînées blanches. La démangeaison ne se fait sentir que quand les plaques sont irritées et deviennent rouges, sous l'influence d'un contact avec des vêtements de laine.

Les lésions sont absolument stationnaires. La saison n'a aucune influence. Il n'y a jamais de guérison même passagère, ni de rémission. Du plus loin qu'il se souvienne, le malade n'a observé aucun changement. Ce sont les mêmes plaques qui persistent depuis des années, sans changement d'aucune espèce. Il y a notamment à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras droit une plaque ronde isolée, grande comme une pièce de 1 franc, que le malade a particulièrement remarquée, parce qu'elle frappe ses regards, toutes les fois qu'il fait sa toilette; or cette plaque est exactement, à l'heure actuelle, ce qu'elle était il y a dix ans.

Du reste, il affirme n'avoir jamais vu aucune tache disparaître ou même se modifier. La peau est assez grasse partout, il existe un peu de seborrhée sèche du cuir chevelu, mais rien qui rappelle l'éruption des membres. Pas d'examen histologique.

Observation VIII (Personnelle).

M^{me} P..., couturière, 50 ans, est atteinte d'une affection cutanée tenace, récidivant sans cesse depuis plusieurs années.

A. H. — Son père et sa mère sont morts âgés; ils avaient toujours joui d'une bonne santé.

Elle a eu 4 frères et une sœur, tous vivants et toujours bien portants.

A. P. — Vers l'âge de 7 ans, elle a été soignée pour une adénite cervicale qui a suppuré pendant dix-huit mois, et qui lui a laissé une cicatrice étoilée et rétractée. Il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une tuberculose ganglionnaire.

M^{me} P..., a été réglée à 12 ans, facilement. Elle s'est mariée à 23 ans. Elle fait, immédiatement, une fausse couche de 3 mois. L'année suivante elle a un garçon qui vient à terme et a toujours été bien portant. Nouvelle fausse couche de 3 mois au bout d'un an. Deux ans après, une nouvelle grossesse est menée à terme. L'enfant est encore vivant, et n'a jamais rien présenté d'anormal. Trois ans après c'est une fille qui naît. A l'âge de 2 ans, cette enfant est atteinte d'une coxalgie guérie aujourd'hui, après résection de la hanche. A 11 ans, elle présente un lupus érythémateux qui disparaît à la suite d'applications de courants de haute fréquence.

Pendant toute cette période d'activité génitale, notre malade se plaint d'un prurit vulvaire, qui s'arrête après sa dernière grossesse. Son existence, traversée de chagrins, d'émotions incessantes la prédisposait à des troubles nerveux.

H. M. — En 1900, elle s'aperçoit, à une époque menstruelle, que ses règles sont moins abondantes que de coutume. Elle prend un bain de pieds très chaud, mais sans résultat appréciable. Le lendemain, elle remarque sur sa jambe droite une tache rosée de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Aucune démangeaison.

La tache s'agrandit peu à peu. Les règles suivantes sont normales. M^{me} P..., vient consulter à l'hôpital Broca le 23 février 1900. Sur le cahier de la consultation est inscrite la note suivante : « Placards nummulaires avec quelques excoriations. Séborrhéides psoriasiformes ? Plus probablement : pityriasis rosé de Gibert atypique ».

Elle revient le 19 mars suivant. Le cahier porte à cette date : « Eléments de plus en plus nombreux, légèrement surélevés ; comme urticariens. Desquamation furfuracée. Teinte rose bien limitée. En avant du genou deux taches paraissant anciennes, quoique la malade les prétende de date récente. Goudron ».

Après trois mois de traitement, la guérison était complète.

Un an après, récidence. Sur le cahier, au 21 janvier 1901, je trouve : « Il s'agit nettement de séborrhéides pityriasiques et psoriasiformes récidivées. Elles ressemblent cependant à certains types d'érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Pas de prurit. Les plaques sont beaucoup plus larges que la première fois ; elles atteignent le diamètre d'une pièce de 5 francs ». Le 6 février, une nouvelle note, au-dessous des précédentes : « Le diagnostic d'érythrodermie pityriasique en plaques semble exact à cause du caractère extrêmement rebelle de ces plaques. Goudron ».

La guérison arrive encore au bout de quelques mois.

En janvier 1903 survient une poussée identique à la dernière. Il y a de larges plaques; elles sont cependant en moins grand nombre. La guérison est spontanée, deux ou trois mois plus tard.

En décembre 1903. Douleurs rhumatoïdes articulaires généralisées sans gonflement, surtout nocturnes, spontanées et provoquées par la pression et les mouvements. Elles causent une véritable impotence fonctionnelle des doigts. Elles sont moins accusées aux membres inférieurs. Les douleurs spontanées ont des paroxysmes nocturnes. La malade prend un bain sulfureux. Il est suivi d'une poussée « d'urticaire » qui dure 4 ou 5 jours. Les douleurs augmentent encore, puis diminuent peu à peu. Un mois après, au déclin de cet épisode qui évoque l'idée d'un érythème noueux, ou plutôt d'un érythème polymorphe avorté. M^{me} P. remarque sur ses bras quelques taches identiques à celles des éruptions précédentes, mais légèrement prurigineuses. Il s'en forme de nouvelles un peu partout; elles grandissent, atteignent les dimensions de pièces de 2 francs. La malade revient nous consulter (mai 1904).

En dépit des conseils qu'elle avait reçus précédemment, elle observait un régime assez fantaisiste : Peu de vin, mais quelquefois des liqueurs et, très régulièrement, trois tasses de café par jour. Ses digestions s'en ressentaient. Les selles cependant étaient régulières.

Etat actuel. C'est une femme de corpulence un peu forte et grasse, à peau brune, le visage est coloré, légèrement séborrhéique. Les cheveux grisonnants, sont encore assez fournis. Le cuir chevelu est couvert de séborrhéides pityriasiques. Quelques pustules d'acné sur la poitrine. Sur le cou 3 ou 4 éléments de molluscum pendulum. La peau surtout au niveau des extrémités, commence à présenter l'aspect de la peau sénile. Ongles normaux. Pas de déformations articulaires.

L'éruption est localisée aux membres, elle laisse libre, la tête, le tronc, les fesses, les extrémités. Elle paraît avoir une prédilection pour la face d'extension aux membres supérieurs, et la face de flexion aux membres inférieurs. Elle respecte toujours les plis articulaires. C'est au voisinage des coudes et des genoux qu'on trouve les plaques les plus rouges et les plus larges.

Les autres éruptions étaient plus accusées sur les jambes et les cuisses; celle-ci est d'une manière générale plus rouge au niveau des bras et des avant-bras.

Presque tous les éléments sont du même type. A part quelques taches, sur les jambes, analogues aux efflorescences jeunes de l'obs. III, il s'agit de plaques squameuses ou érythemato-squameuses, sans infiltration, irrégulières, de 3 à 5 centimètres de diamètre, mal délimitées. Elles présentent deux aspects différents, suivant qu'elles siègent sur les membres inférieurs ou les membres supérieurs. On reconnaît toujours le même élément; il a l'air d'être un peu plus squameux et plus superficiel dans le premier cas, un peu plus inflammatoire dans le second.

a) Sur les membres inférieurs, l'éruption est purement *squameuse*, chaque plaque paraît faite seulement d'un assemblage de squames brunâtres, ternes, plates et minces, polygonales de 1/2 à 1 centimètre carré, juxtaposés par leurs bords. On a vu un placard absolument identique sur la fesse gauche de E. P. dans l'obs. III. Il y en avait aussi de pareils, mais avec des squames un peu plus bruns sur la petite malade de l'obs. IV, au niveau de la ceinture et des cuisses. Quelques-unes de ces squames sont minces et à peine opaques, la plupart sont épaisses, opaques, rigides; de rares stries d'aspect plâtreux y dessinent alors un quadrillage grossier.

Elles paraissent posées à plat sur la peau saine qu'on ne peut cependant mettre à nu, car ces squames sont très adhérentes; on n'arrive pas à les détacher. Le grattage leur donne un aspect micacé. Jamais d'hémorragie, à moins qu'on n'ait fait par un grattage brutal un véritable traumatisme.

b) Sur les bras l'aspect change légèrement. L'élément *érythémateux* intervient. La plaque est rose ou rouge vif; cette coloration disparaît à la pression et fait place à une teinte jaunâtre. La surface est encore recouverte de squames polygonales ou carrées qu'on croirait découpées par cassure dans une squame unique recouvrant l'efflorescence tout entière. Mais ces squames élémentaires, au lieu d'être d'une certaine épaisseur, ternes et plus ou moins opaques, sont très minces, lisses; on y voit, encore marquées, les mailles principales du réseau des plis cutanés; elles sont légèrement luisantes et transparentes, d'où le fond de coloration rosée de la plaque. Ce n'est plus une squame consistante qui paraît s'être cassée. Cet aspect lisse, un peu brillant uniformément rouge, éveille l'idée d'une pellicule de collodion étendue sur une surface érythémateuse, et fendillée. La comparaison peut être suivie jusqu'au bout. Les sillons qui séparent les squames s'enlèvent en rouge vif sur le fond plus clair comme si les déchirures du collodion avaient entraîné la rupture des couches cornées supérieures et mis à nu le corps de Malpighi, sans pénétrer cependant très avant, car il n'y a pas le moindre suintement.

Les stries de l'ongle ne sont plus très blanches, faute d'épaisseur suffisante de la substance cornée; et le grattage de la plaque n'arrive jamais à donner l'aspect micacé; il ne peut produire qu'une desquamation furfuracée très fine.

Il n'y a pas la moindre saillie au moins pour le moment (je rappelle qu'on en avait trouvé dans les éruptions précédentes). Il n'y a pas, non plus, de dépression visible; mais en plissant la peau, l'épiderme se fronce comme sur une peau sénile. Il y a vraisemblablement un peu d'atrophie.

Le diagnostic parapsoriasis en plaques est porté sans hésitation.

L'état général est bon. Pas de tare viscérale. La malade a eu ces

jours derniers une bronchite. Il n'en reste plus trace. Pendant la durée de cette bronchite, l'éruption avait pâli légèrement.

Analyse d'urine (D^r D'Ayrignac). Pas de fermentations intestinales. Coefficient azoturique faible. Molécule un peu forte. Perméabilité rénale mauvaise. Déminéralisation soufrée et phosphorée.

Traitement. — Nous ne voulons pas nous en tenir au traitement local. — Nous ordonnons de l'arséniate de soude à la dose de 0,005 milligrammes par jour pendant dix jours, puis de 0,01 centigramme pendant les dix jours suivants.

Nous faisons appliquer sur les bras la pommade pyrogallée que nous avons employée dans les cas précédents.

Il est permis de croire que le traitement général est, au moins dans le cas qui nous occupe, beaucoup plus efficace. Après trois semaines; l'éruption a disparu aux membres inférieurs. Elle a seulement diminué d'intensité aux bras, sous la pommade.

Il est bon de noter qu'elle était moins marquée aux jambes, pour ne pas être tenté d'accuser le traitement local, de retarder la guérison. On peut se demander si nous n'avons pas assisté à une guérison spontanée. La dernière poussée avait guéri sans traitement, au bout de trois mois environ et il s'est écoulé à peu près ce laps de temps, depuis l'apparition de la poussée actuelle. Mais la malade affirme que la disparition du placard avait été beaucoup plus lente l'année dernière. Elle s'est faite presque brusquement cette fois-ci, en quelques jours.

Un placard d'eczéma papulo-vésiculeux apparaît sur la face antérieure de l'avant-bras gauche. Il est arrondi, nettement limité; il ne semble pas s'être développé sur une des taches de parapsoriasis.

Nous interrompons le traitement par l'arséniate de soude.

Le 6 juin. — Dix jours plus tard, le bras droit présente encore des taches fauves à surface lisse légèrement craquelée, et se couvrant par le grattage d'une fine desquamation furfuracée.

Sur le bras gauche il y a aussi des taches fauves analogues, mais sans cet aspect vernissé, ni desquamation, même au grattage. On croirait à des taches de roséole en voie de disparition, n'était qu'une dépression cicatricielle, peu profonde, mais évidente, particulièrement remarquable sur une peau déjà légèrement atrophiée par l'évolution sénile.

Au total, l'état des bras est à peu près le même qu'au moment du dernier examen.

Le placard d'eczéma est plus infiltré.

Arséniate de soude : 0,02 centigrammes pendant 5 jours, puis 0,04 centigrammes pendant les cinq jours suivants.

Le 19 juin les plaques sont moins visibles, la teinte rose fauve a disparu. La dépression atrophique même est moins apparente.

L'arséniate de soude est laissé à la dose de 0,04 centigrammes par jour.

Le 29 juin il est supprimé à cause d'une légère diarrhée survenue depuis deux jours.

La malade se plaint de démangeaisons avec poussées urticariennes sur les bras et les avant-bras.

De temps à autre, dit-elle, apparaissent des taches rouges qui s'effacent rapidement. — Les macules du parapsoriasis qui persistent encore sont à peine visibles.

Tout traitement local est suspendu sauf au niveau du placard d'eczéma, qui disparaît bientôt. Le prurit de la vulve a reparu ; et en outre, il se forme un nouveau foyer prurigineux sur le lobule du nez.

En octobre 1904, la malade revient nous voir, il n'y a plus trace d'éruption. Les dépressions atrophiques ont disparu.

La peau présente seulement l'aspect de la peau sénile.

Pendant quelque temps les bains chauds ont fait réapparaître des rougeurs aux places qu'occupaient autrefois les plaques de parapsoriasis. Ces troubles vasomoteurs ont cessé depuis plusieurs semaines déjà.

J'ai revu la malade en juin 1905. La guérison s'était maintenue. Depuis cinq ans, il n'y avait pas eu encore de rémission aussi longue.

Observation IX (Personnelle).

M^{me} B. . . , 32 ans, est adressée en juin 1904, à M. Brocq, par son médecin qui demande un diagnostic et un traitement pour l'affection rebelle que présente cette malade.

A. H. — Son père est atteint depuis quelque temps d'une affection vésicale, dont elle ne peut nous indiquer la nature. Sa mère est bien portante. Elle a un frère en bonne santé.

A. P. — Elle a, depuis son enfance, des angines très fréquentes. Elle a été réglée sans peine à 11 ans. Elle a été atteinte de la maladie pour laquelle elle vient nous consulter à l'âge de 16 ou 17 ans, peu de temps avant son mariage.

A 18 ans, elle a un premier enfant. Une deuxième grossesse se termine par l'expulsion d'une môle hydatiforme. Elle a ensuite coup sur coup cinq enfants, normalement constitués et toujours bien portants. Ces sept grossesses se sont succédées de dix en dix mois. Après un intervalle de sept ans, une huitième est interrompue à 2 mois 1/2, par une chute (?)

Il y a cinq ans, M^{me} B. a dû garder le lit trois mois pour une forte « bronchite ». Peu après, elle est prise par une crise d'asthme. Pen-

dant deux ou trois mois, chaque nuit, un accès la réveille brusquement et l'oblige à passer quelques heures assise dans un fauteuil ; il se termine au lever du jour. M^{me} B. venait de changer de domicile, et s'était installée dans le voisinage d'une fabrique de produits chimiques. Elle abandonne son quartier, et se trouve quitte de son asthme pendant quatre ans.

Elle en souffre de nouveau depuis le printemps ; elle est pourtant depuis dix-huit mois dans l'appartement qu'elle occupe aujourd'hui. Elle a eu cet hiver une grippe avec forte bronchite ; c'est au cours de cette convalescence que l'asthme a reparu.

Les accès sont diurnes, irréguliers, et surviennent à des heures très variées.

On retrouve encore dans le passé de la malade deux autres équivalents arthritiques qui ont redoublé depuis plusieurs mois : crises d'éternuements avec hypercrinie nasale le matin au réveil et céphalées très pénibles.

M^{me} B. se dit en outre très nerveuse. Elle a eu dans sa jeunesse des crises d'hystérie qui ont cessé depuis sa première grossesse. Ses accès d'asthme se terminant encore souvent par une crise de larmes.

H. M. — L'affection cutanée actuelle a débuté, il y a plus de quinze ans, sur les membres par de petites taches arrondies, rouges et squameuses, légèrement prurigineuses. Elles se déplacent, ou plutôt elles disparaissent, en laissant après elles des macules brunâtres assez persistantes, pendant que de nouvelles apparaissent à côté, qui évolueront de même.

Le tronc n'est envahi qu'au bout de cinq ou six ans. A la chaleur, ces plaques se colorent plus vivement et occasionnent quelques cuissons. Le froid agite encore plus vivement et provoque même souvent, à la surface des taches, de petites gerçures assez douloureuses pendant quelques heures. A l'époque des règles et pendant les grossesses, il y a une exacerbation analogue.

En dehors de ces poussées, cuissons ou démangeaisons sont à peu près nulles.

L'absorption d'aliments irritants amène quelquefois aussi une poussée légère. Tout en reconnaissant l'influence fâcheuse du vin, du café et des liqueurs, la malade n'y renonce pas entièrement. Elle ne semble cependant pas en faire abus. Depuis quelque temps, ses digestions sont pénibles ; elles étaient bonnes autrefois. Pas de constipation.

Les pommades les plus variées, l'arsenic sous forme d'arséniate et de cacodylate de soude ou d'arrhéнал, n'ont amené aucune amélioration. Il faut ajouter que ces traitements n'ont jamais été suivis régulièrement, ni bien longtemps.

Etat actuel. M^{me} B. est grande, de corpulence, de complexion, de musculature normales. Les cheveux, châains, sont abondants, les

ongles normaux. La peau est blanche, à grain grossier; au visage les pores folliculaires sont dilatés et rétractés : on est surpris de ne pas trouver de séborrhée. Il y a des éphélides nombreuses. Kératose pileuse intense sur les membres. Les grossesses répétées ont laissé sur les cuisses et le ventre, des vergetures en abondance.

Quelques verrues planes sur la poitrine.

L'éruption couvre le tronc, le cou et les membres, elle est discrète sur le cou; elle épargne les mains, recouvre la face dorsale des pieds, mais laisse indemne leur face plantaire. La coloration est d'un rouge vif et presque uniforme; elle n'est pas plus sombre sur les membres inférieurs. Les efflorescences y sont seulement en général plus larges. Au niveau du bas-ventre et des cuisses elles forment de grands placards. Au niveau des membres supérieurs et du tronc, les éléments sont moins grands, ils criblent la peau saine et produisent sur ce fond blanc des bigarrures très remarquables.

La ligne médiane en avant et surtout en arrière est presque indemne. La face d'extension des membres est prise aussi bien que leur face de flexion. Les plis articulaires sont libres. Les genoux et les coudes sont atteints, mais incidemment, et sans prédilection particulière.

Cette éruption est constituée presque exclusivement par des taches ou plutôt des *plaques érythémato-squameuses*, sans aucune infiltration, irrégulières, mal limitées, allant des dimensions d'une pièce de 2 francs à l'étendue de la paume de la main et au delà. On en trouve quelques-unes beaucoup plus petites (0^m01 de diamètre) et plus arrondies. Le contour irrégulier des grandes permet de les considérer sans invraisemblance comme formées par la fusion de plusieurs de ces petites taches élémentaires.

Larges ou d'étendue restreinte, ces plaques sont de deux types qui, ici encore, représentent seulement deux degrés différents dans l'intensité du processus, ou peut-être deux stades successifs de son évolution.

a) Une surface rosée, où l'épiderme prend un aspect particulier de peau de chagrin. Le grain de la peau saine environnante se retrouve sur cette tache, mais déformé et beaucoup plus gros. Le réseau des plis y est moins délicat; il n'en reste pour ainsi dire qu'une ébauche grossière. La couche cornée ne paraît pas avoir la souplesse nécessaire pour se plisser aussi finement qu'à l'état normal. Elle reste cependant mince, lisse et transparente, ce qui permet d'apercevoir la congestion sous-jacente et donne à la plaque sa teinte rosée. Elle s'effrite un peu sous l'ongle et le grattage produit une fufuration légère et blanchâtre. Au-dessous de cet épiderme malade, le derme doit être légèrement atrophié, car la plaque se fronce comme une peau sénile lorsqu'on exerce dans le voisinage une traction, même très légère.

b) On n'a qu'à supposer la surface que nous venons de décrire, découpée par des craquelures superficielles, en aires carrées, losangiques ou polygonales; c'est le deuxième type. On a vu des plaques identiques sur les bras de M^{me} P., dans l'observation précédente. Les craquelures, d'un rouge plus ou moins vif, suivant qu'elles pénètrent plus ou moins profondément vers le corps muqueux, rehaussent encore la teinte de la plaque.

Dans quelques régions, les squames, qu'elles découpent dans la couche cornée, s'épaississent, deviennent ternes, opaques, et trop raides pour présenter encore un réseau de plis de quelque délicatesse; quelques rares stries, ou cassures plâtreuses, qui se coupent à angle droit, s'y dessinent seules. Ces squames ternes tranchent par leur coloration grisâtre sur le fond rouge, qu'on aperçoit dans leurs intervalles. Ces placards bariolés sont analogues à celui que présentait sur la fesse EP dans l'observation III. Le grattage y produit nettement le phénomène de la tache de bougie.

Cà et là, quelques macules pigmentées et, parfois, encore un peu congestives, marquent la place d'anciens éléments, disparus aujourd'hui. La peau, rosée ou fauve, a repris son grain normal; elle paraît souvent encore un peu atrophique, d'autrefois elle a sa consistance normale. Un réseau pigmenté en brun, divise parfois cette surface en losanges ou en carrés, comme les craquelures découpaient ailleurs en squames la couche cornée. Le pigment semble s'être accumulé avec une certaine prédilection au niveau de ces fissures, et y avoir pour ainsi dire souligné le travail de cicatrisation qui les a comblées.

Sur le *cou* et les *poignets*, on ne trouve à peu près que cette forme ultime.

Le *thorax* présente en outre sur sa face antérieure des efflorescences du premier type. La tache pigmentée ne se voit pas sur le dos.

Le *ventre et les fesses* portent surtout des éléments craquelés.

Il en est de même pour les *membres*. Mais là les taches prennent une apparence d'atrophie intense. En réalité cet aspect ne leur appartient pas en propre. C'est la peau tout entière qui est atrophiee par la cicatrisation d'une kératose pilaire complètement évoluée. Tout duvet est absent. Dans les intervalles de peau saine, on voit nettement le pointillé atrophique. Il y a, cependant, une différence sensible des plaques malades aux intervalles de peau qui les séparent. Il faut plisser celle-ci pour mettre en évidence l'atrophie; cette manœuvre n'est plus nécessaire sur les taches de parapsoriasis. Il n'y a en somme à leur niveau, sur les membres, comme sur le tronc, qu'un léger processus atrophique. Seulement il superpose ici à une atrophie sous-jacente, et s'accuse davantage.

Sur la face antérieure des jambes, enfin, les squames n'ont pas tout à fait le même aspect que sur les autres régions. Elles sont très

lisses, très luisantes, elles ne portent plus aucune empreinte de plis cutanés. La comparaison avec une mince pellicule de collodion pêche par défaut. On comparerait plus justement cet épiderme tendu, sans un pli, et très brillant, à une forte couche de collodion très épais. L'état de l'épiderme voisin explique encore cette anomalie apparente. La jambe est variqueuse. Les tissus sont légèrement infiltrés; l'épiderme mal nourri est lisse, luisant, tendu. Il n'a plus à proprement parler de grain. On ne saurait en retrouver davantage au niveau des plaques, où les troubles de kératinisation tendent à l'effacer, lorsqu'il existe au préalable.

Au niveau de la malléole externe gauche, une plaque toute récente, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, arrondie assez régulièrement, est couverte d'une pellicule d'un rose jaunâtre, lisse, luisante, tendue, et tout d'une pièce. Elle ne porte pas trace de craquelures. Elle paraît appliquée sur la peau saine, un peu érythémateuse; on aperçoit par transparence les cicatricules de kératose. Ça et là un follet la traverse perpendiculairement.

Une plaque du deuxième type, empiète sur la rotule à gauche. Elle prend à ce niveau seulement, un aspect franchement plâtreux, tout à fait nouveau et analogue à celui du psoriasis véritable dans cette région. Partout ailleurs elle conserve son aspect caractéristique.

L'état général est bon. Pas de tares organiques.

Analyse d'urines (D^r Ayrignac). Coefficient azoturique faible. Molécule élaborée un peu forte. Mauvaise perméabilité rénale. Démonstration phosphorée.

Une première biopsie est pratiquée sur la jambe gauche, au niveau d'une plaque d'un rouge vif, couverte de squames, dessinées par des craquelures bien marquées.

Traitement. — Onctions de pommade pyrogallée sur le bras gauche. Applications de radiothérapie sur le bras droit.

Quelques jours après, la malade accuse une diminution de démangeaisons et cuissions au niveau du bras droit.

La plaque de la malléole externe, laissée à elle-même, est un peu moins lisse; l'épiderme est un peu plus terne et plus opaque, il s'est craquelé vers le haut: cette tache anormale a pris l'aspect des autres plaques; elle s'est, en outre, agrandie un peu et va, par son extrémité supérieure, se confondre avec une plaque ancienne à qui elle confinait.

La formation par craquelures du deuxième type aux dépens du premier n'est donc pas une simple vue de l'esprit, un schéma de description. Il existe au moins dans quelques cas, sinon toujours.

Une nouvelle biopsie prélève un fragment de cette plaque en évolution; elle porte sur le bord inférieur où l'épiderme n'est pas encore fendillé.

On continue le traitement radiothérapique sur le bras droit; on

fait des enveloppements pyrogallés sur tout le corps. Au bout d'une semaine la malade se plaint de brûlures et de démangeaisons sous la pommade. La peau est donc beaucoup moins tolérante que chez les autres malades. On calme cette irritation par du cold-cream. La malade découragée quitte presque aussitôt l'hôpital.

Observation X (Personnelle).

M^{me} M., 22 ans, entre le 7 janvier 1903 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le D^r Ballet, pour faire soigner à la crèche un de ses enfants, atteint d'une broncho-pneumonie légère et rapidement guérie. On s'aperçoit qu'elle présente une éruption généralisée.

M. le D^r Ballet veut bien me montrer la malade et m'autoriser à recueillir cette observation.

A. H. — M^{me} M. a été élevée par sa grand'mère maternelle. Elle ne peut donner que des renseignements très vagues sur ses parents. Sa mère serait morte d'une fluxion de poitrine. Elle paraît avoir eu une affection cutanée analogue à celle que présente sa fille. Celle-ci a souvent entendu répéter à sa grand'mère qu'elle avait « la maladie de sa mère ». La malade dit que son grand-père maternel avait lui-même « la peau des bras écailleuse ». On a toujours montré dans sa famille, pour ces dermatoses, une indifférence dont elle a elle-même hérité.

A. P. — Elle ne peut même pas préciser la date de l'apparition de cette affection, qui, à son avis, ne fait pas partie de son passé pathologique. Elle croit l'avoir « toujours eue ». Elle est beaucoup mieux documentée sur ce qu'elle considère comme de véritables maladies. Elle sait qu'elle a eu la rougeole à l'âge de 5 ans. Elle croit avoir été atteinte encore à 10 ans. Il doit s'agir cette fois d'une scarlatine, car ses mains et ses pieds ont desquamé par grands lambeaux. Une congestion pulmonaire (?) grave l'a tenue au lit longtemps, l'année suivante, et l'a laissée pendant plusieurs mois, assez délicate. Elle a été réglée peu de temps après. Elle est restée chlorotique jusqu'à 15 ans, et s'est toujours bien portée depuis.

Elle s'est mariée à 17 ans, avec un homme robuste, et sans tare familiale connue.

L'histoire des enfants nés de ce mariage, cependant, évoque d'abord l'idée d'une hérédité fâcheuse.

Le premier est mort à l'âge de deux mois. Il avait eu souvent des convulsions; il est mort avec des vomissements, sans diarrhée; on a fait le diagnostic de méningite.

Une fille née quatorze mois après, est aujourd'hui bien portante. Elle a eu aussi des convulsions, de la diarrhée et des vomissements.

La mère a remarqué qu'elle a des dents très mal plantées, et une voûte palatine de « forme bizarre ».

Une seconde fille meurt à trois semaines, comme la première. Le médecin avait encore diagnostiqué une méningite.

Il avait fait le même diagnostic pour l'affection que présente le nourrisson qu'il a envoyé à la crèche. Cet enfant est aujourd'hui guéri; il n'a eu qu'une simple gastro-entérite. Peut-être en était-il de même des deux premiers.

Aucun de ces enfants n'a eu d'éruptions.

H. M. — Celle de la mère date de l'enfance. Ses caractères paraissent avoir été toujours ce qu'il sont aujourd'hui. Presque toutes les années, elle s'atténue vers la fin de l'hiver et disparaît en été, pour revenir aux premiers froids, toujours de la même façon. Les premiers éléments se montrent sur les bras et les jambes, plutôt à la face de flexion et au voisinage des plis articulaires. La généralisation ne se fait pas attendre, et est complète, en général en quinze jours. Le visage aurait été quelquefois envahi.

L'apparition des règles ne modifie pas l'éruption non plus que les variations de température. Les écarts de régime et les grossesses ont une influence très nette. L'absorption de cidre par exemple, même en quantité modérée, donne aux efflorescences une teinte beaucoup plus vive. Elles se colorent de même fortement dès les premiers mois de la grossesse et reprennent rapidement leur apparence normale après l'accouchement.

La malade n'a jamais observé d'assez près sa dermatose pour pouvoir renseigner sur l'évolution d'un élément en particulier.

Il n'y a jamais eu, au niveau des taches, la moindre démangeaison. Au moment où l'éruption disparaît, au printemps, on ne peut pas noter le moindre phénomène qui ait eu forme de métastase, ou, pour employer un mot plus moderne, d'équivalent.

L'état général est bon d'ordinaire. Depuis son dernier accouchement, M^{me} M. a souvent des cauchemars. Elle rêve qu'elle tombe dans l'eau et s'éveille en sursaut, couverte de sueur. Elle est manifestement très nerveuse, elle a souvent, et pour des motifs futiles, des crises de larmes. On pourrait songer à de l'éthylisme. La malade avoue un litre de cidre par jour; elle se défend d'aucun excès. Ses digestions sont bonnes. Elle est un peu constipée.

Etat actuel. — C'est une femme de taille moyenne, avec un embonpoint normal. La peau est bistrée; les cheveux noirs et abondants; les ongles normaux. Pas de séborrhée. Un peu d'acroasphyxie. Sur les membres, des cicatrices de kératose pilaire évoluée. Nombreuses vergetures sur le ventre.

Le dernier accouchement date de 45 jours. L'éruption ne disparaîtra que dans trois ou quatre mois. Elle a maintenant son aspect *moyen*.

Elle s'étend sur le tronc et les membres. Elle s'arrête à la base du

cou et un peu au-dessus des poignets et des chevilles. Ses limites ne sont pas nettes; ses éléments sont plus petits et plus clairsemés, avant de disparaître tout à fait. Elle atteint son maximum d'intensité au niveau de la ceinture, sur le bas-ventre, les fesses et le haut des cuisses. La face de flexion des membres, y compris les plis articulaires, est envahie autant que la face d'extension.

Les extrémités, le cuir chevelu et le visage sont indemnes. La malade dit qu'au cours des poussées très intenses, elle a présenté au visage, près des limites du cuir chevelu, ainsi que sur la face dorsale des pieds et des mains (jamais sur la face plantaire ou palmaire), des éléments analogues à quelques-uns de ceux qu'elle présente sur les membres et le tronc.

Peut-être s'agissait-il, au moins pour le visage, de simples séborrhéides. Elle en présente encore aujourd'hui quelques-unes, près des lèvres, du type pityriasique, et à peine visibles.

L'éruption est, dans son ensemble, d'une couleur sombre, plus foncée à la partie inférieure du corps. La juxtaposition d'éléments de taille, de coloration et d'aspect différents lui donne un aspect bigarré tout particulier.

Les dimensions de ces éléments assez régulièrement arrondis, ou ovalaires, varient de 0^m01 à 0^m02 ou 0^m03 de diamètre. On trouve des placards plus larges, mais ils ont des bords polycycliques et paraissent manifestement constitués par la fusion de plusieurs efflorescences analogues à celles qui couvrent la plus grande partie du corps.

A part deux unités sur lesquelles je reviendrai, ces lésions, en apparence si variées se ramènent, en définitive, à deux types seulement :

a) Des *macules fauves*, ne s'effaçant pas à la pression, un peu brillantes, non squameuses, même au grattage. Les bords sont flous.

b) Des *taches érythémato-squameuses* allant du rose bistré au rouge un peu livide; nettement limitées. Le plus souvent elles ne font pas de saillie appréciable; elles paraissent parfois en retrait, comme s'il y avait, au-dessous d'elles, un peu d'atrophie. Quelques-unes sont au contraire, plus rouges, et légèrement saillantes. Il s'agit, alors, à peu près exclusivement d'une prolifération épidermique; il ne reste, à la pression, qu'une teinte jaunâtre, comme au niveau des macules plus pâles et sans aucun relief; il n'y a pas d'infiltrat visible. Cette saillie est surtout importante sur les régions où le tégument est épais : aux coudes, sur le dos et surtout à la région lombaire et sacrée.

L'apparence n'est ni d'un psoriasis, ni d'une séborrhéide vulgaire.

Les taches les plus rouges les plus saillantes, les plus squameuses, celles qui rappellent le plus le psoriasis, ont une physionomie assez particulière. On peut les regarder comme formant l'élément caractéristique, et fondamental de l'éruption; les autres ne représenteraient

que des stades évolutifs, ou des formes avortées. Celles-ci sont nombreuses, et composent toute une gamme de faits de transition de cet élément psoriasiforme à la séborrhéide banale. La distinction est, pour les derniers types de cette série, impossible à faire. Et à considérer tel élément isolé, on ferait, sans hésiter, le diagnostic de séborrhéide (1).

Au niveau des macules les mieux caractérisées, l'épiderme a un aspect tout particulier, qui n'appartient, ni au psoriasis, ni aux séborrhéides simples. Il est rouge vif, luisant, comme vernissé, finement ou grossièrement découpé en carrés, en losanges ou en polygones, suivant le siège de l'élément. Il reproduit toujours, en effet, en traits appuyés, en le grossissant et en le simplifiant d'autant plus qu'il est lui-même plus saillant, le dessin plus ou moins serré formé par les plis ténus qui s'entrecroisent sur la peau saine avoisinante. La couche cornée est friable, l'ongle y trace des stries blanchâtres, et l'on peut ainsi donner, à la surface entière, un aspect micacé qui masque la rougeur sous-jacente. On n'arrive jamais, même par un grattage énergique, à dénuder comme dans le psoriasis, une surface lisse, suintante et pointillée par un piqueté hémorragique.

A mesure qu'on s'éloigne de ce type pour se rapprocher de l'aspect de la séborrhéide, la tache devient moins rouge, l'épiderme moins luisant, puis terne; la desquamation est plus facile à mettre en évidence, puis spontanée et la surface est alors constamment couverte de fines squames furfuracées. A ce point, on pourrait croire vraiment à une simple séborrhéide.

Ces lésions des différents types se distribuent assez capricieusement. Sur le *dos*, les *flancs*, la *face antérieure* du thorax, on ne voit guère que des macules pigmentées, comme si l'éruption y était en voie de régression. A noter la distribution zoniforme de l'éruption sur le *dos* et les *flancs*; il ne s'y attache aucune signification particulière; elle est

(1) Lorsque j'ai recueilli cette observation, je n'avais pas encore vu les autres cas de parapsoriasis rapportés plus haut. Je transcris mes notes sans chercher à les interpréter d'après mes autres descriptions beaucoup plus récentes. Elles ne concordent pas absolument avec celles-ci, surtout sur cette similitude de quelques éléments de parapsoriasis et des séborrhéides vulgaires; je ne la trouve mentionnée nulle part dans mes dernières observations. J'ai tendance à croire que dans les plus récentes, j'ai mieux analysé les lésions que j'avais devant les yeux.

Cependant, il est facile de reconnaître dans ce que je décris ici comme l'élément caractéristique, le premier type d'efflorescences de l'observation IX. A deux ans d'intervalle, je lis de la même façon cette lésion essentielle; j'aurais pu déjà lire aussi bien les lésions moins nettes, que j'ai trouvées depuis, dans les parapsoriasis, et que je n'ai jamais confondues avec des séborrhéides. Il est donc permis de croire que j'ai eu vraiment affaire, ici, à des lésions identiques objectivement à celles des séborrhéides.

Cette supposition n'a rien de choquant, si l'on veut bien considérer les dermatoses actuelles à la façon de Brocq. Sur le tableau que je présente à la fin de ce travail, le cas actuel, se placerait, dans cette hypothèse, un peu en dehors des autres, et plus près du groupe des séborrhéides.

presque banale et l'on en cite des exemples dans toutes les dermatoses.

Sur le ventre nombre d'éléments sont rosés et squameux, mais sans saillie. Quelques plaques irrégulières se forment par la fusion de trois ou quatre taches. La présence de nombreuses vergetures, presque confluentes, modifie un peu l'aspect de l'éruption : elle prend une apparence atrophique qu'il faut en réalité rapporter à l'état de la peau de la région.

De plus, les éléments présentent, pour la plupart, une sorte de collerette épidermique qui leur donne une physionomie un peu spéciale. Elle appartient à l'épiderme sain, et elle n'est jamais soulevée. Elle est produite de la façon suivante : à la surface de l'efflorescence la couche cornée desquame et tombe au fur et à mesure de sa formation ; au dehors, à la surface de la peau saine, elle conserve son épaisseur. Il n'y a pas de zone de transition, il y a cassure brusque, et par suite, production d'un ressaut qui a toute la hauteur de la couche cornée intacte, comme si le stratum corneum malade avait été enlevé à l'emporte-pièce.

Je ne pense pas qu'il faille attribuer cette disposition à l'état atrophique de la peau du ventre ; on la retrouve au niveau de quelques éléments des fesses et des membres. Je ne crois pas davantage qu'elle appartienne en propre à l'éruption présente. Je l'ai constatée dans tous les pityriasis rosés de Gibert que j'ai observés sur des sujets à peau brune. Les épidermes pigmentés desquameraient-ils suivant un mode particulier ? Il est à remarquer que ces peaux sont moins fines que les blanches, et que ce mode de desquamation se retrouve toujours aux régions palmaires et plantaires qui présentent précisément une épiderme des plus épais.

Quoi qu'il en soit, ces liserés épidermiques des plaques viennent ici donner une note particulière à l'éruption. Ils dessinent, grâce à la confluence des taches, et à la formation des plaques à contour polycycliques, un fin lavis d'arabesques, qui recouvre presque entièrement la région sous-ombilicale.

Sur la région lombaire et les fesses, il y a un foyer en pleine activité. Les éléments, très nombreux, sont rouges, luisants, légèrement saillants, et présentent un quadrillage très grossier, surtout vers la région sacrée.

Sur les membres, on trouve réunis les éléments de tous types, macules pigmentées, et taches érythémato-squameuses « séborrhéiformes » et « psoriasiformes » ; ces dernières surtout au niveau des coudes et des genoux.

A partir du genou, ils présentent tous une teinte purpurique de plus en plus marquée, à mesure qu'on approche de la limite inférieure de l'éruption. La teinte livide ne disparaît pas à la pression. Le grattage cependant, n'y fait pas apparaître de piqueté purpurique.

Enfin, il faut noter la présence sur le *genou droit*, en dehors du tendon rotulien, de deux éléments absolument différents de ceux qu'on vient de voir, et identiques à ceux qui constituent toute l'éruption dans l'observation IV. Ce sont deux squames arrondies, plates, brunes, opaques, posées à plat, en pain à cacheter, sur la peau saine; à bords décollés. Le centre est soulevé par un nodule de kératose pilaire sous-jacent, et la squame elle-même traversée par un follet lanugineux.

Je n'étais pas encore, à cette époque, familiarisé avec le parapsoriasis. En dépit de ces deux éléments, que je reconnaissais, j'hésitais à prononcer ce nom. J'ai vu, depuis, toutes les transitions entre cette squame et l'élément érythémato-squameux qui constitue la majeure partie de l'éruption dans le cas actuel; je les ignorais alors. M. Brocq ne partagea pas mes hésitations, et affirma ce diagnostic.

On n'a pas pu avoir l'analyse des urines. L'état général était bon. Il n'y avait pas trace d'affections organiques.

Une première biopsie a porté sur un élément séborrhéiforme de la cuisse; une seconde sur une plaque rouge, saillante, lisse, caractéristique, de la fesse; une troisième sur les deux éléments squameux du genou droit.

Le traitement n'a pu être suivi; la malade a quitté l'hôpital presque aussitôt, et n'est plus revenue.

Je rapporte enfin une observation que M. Brocq donne comme un type un peu anormal de parapsoriasis en plaques. Il y a peut-être des réserves à faire.

Observation XI. — (Obs. VIII du Mémoire de Brocq).

OBS. VIII. — Dans les premiers jours de février 1902 nous avons été consulté par un malade de province, âgé de 47 ans, en apparence bien portant, mais ayant les antécédents suivants. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire, un de ses frères de méningite tuberculeuse. Lui-même a eu de la dyshidrose aux doigts en 1880, 81, 82, et un eczéma aigu en 1882 à la partie inférieure du tronc et à la moitié supérieure des cuisses. En juillet 1898, on découvrit chez lui un petit diabète.

L'affection cutanée pour laquelle il venait nous consulter avait débuté vers le milieu de mars 1901 sous la forme de quelques taches

discrètes situées sur la partie inférieure de l'abdomen, vers les régions iliaques; on les considéra à cette époque comme des plaques d'érythème sans importance.

Depuis lors l'éruption s'accrut progressivement, elle devint un peu prurigineuse au mois d'août; elle ne provoquait pas le grattage, mais elle força le malade à porter un gilet de coton au lieu d'un gilet de flanelle.

A ce moment, elle occupait le tronc en avant et en arrière. Vers le mois d'octobre il sembla y avoir un peu de rétrocession : les plaques pâlirent spontanément d'une manière marquée et prirent une teinte café au lait plus ou moins foncé; mais cette atténuation ne dura guère.

Vers la fin de janvier 1902 quelques plaques ont commencé à se montrer sur les membres inférieurs, vers la face interne de la cuisse droite et de la jambe du même côté, sur la face interne de la cuisse gauche et dans les deux creux poplités.

Lorsque nous vîmes le malade, l'éruption était essentiellement composée de taches arrondies, mais surtout ovalaires, un peu allongées, à bords assez peu nets quoique arrêtés. Quelques-unes, très rares, présentaient au centre un espace aréolaire de peau blanche qui leur donnait un aspect circiné.

Elles criblent le tronc dans sa totalité. En avant elles semblent disposées sans ordre aucun, ayant environ de 1 à 3 centimètres dans leur petit axe, de 3 à 4 centimètres dans leur grand axe, séparées les unes des autres par des intervalles irréguliers de 1 à 3 centimètres de large de peau saine. En arrière dans le dos elles forment dans leur ensemble, par leur mode de disposition et de groupement vers les omoplates et au-dessous, de grandes bandes à concavité antéro-externe et supérieure; chaque bande est composée d'une série de plaques nullement confluentes, mais séparés l'une de l'autre par des intervalles irréguliers de peau saine ou presque saine. Tout le tronc est ainsi bigarré; vers les aines on voit d'assez vastes plaques formées par la confluence de plusieurs petites.

Ces plaques ont une teinte un peu bistré, elles s'effacent fort peu par la pression. Les plus récentes ont une teinte un peu plus rosée. Sur leur surface l'épiderme est lisse, souple, peu ou point squameux. Par le grattage on les fait rougir, mais c'est à peine si on peut par ce moyen déceler à leur surface une fine et rare desquamation. On ne provoque par cette manœuvre, pas la moindre hémorragie.

Il n'y a pas à leur niveau d'infiltration dermique appréciable à la vue ou au toucher.

Elles sont le siège d'une démangeaison très modérée qui existe parfois le soir, nullement dans la journée.

Sur les cuisses on trouve des plaques récentes, d'un rouge plus vif que celles du tronc. Elles sont couvertes d'une fine desquamation furfuracée. Elles rougissent un peu par le grattage avec l'ongle, mais

c'est à peine si l'on parvient à accentuer ainsi la desquamation; on ne peut produire aucun piqueté hémorragique.

Les mains, les pieds et la figure sont complètement indemnes.

Le malade croit que pendant les chaleurs l'éruption a une tendance marquée à être moins accentuée.

3° Parapsoriasis Lichénoïdes.

Observation XII. — (Obs. IV du Mémoire de Brocq).

En avril 1901, nous avons été consulté par une malade âgée de 31 ans, habitant la province, qui depuis quatre à cinq mois avait vu se développer peu à peu, d'abord sur ses bras, puis sur ses membres inférieurs, enfin sur le tronc, une éruption graduellement envahissante, mais qui ne s'accompagnait d'aucun prurit, d'aucun phénomène subjectif.

Les médecins de la ville qu'elle habitait n'ayant pu lui dire ce que c'était, et n'ayant pu surtout arrêter la marche extensive du mal, elle s'était décidée à venir consulter un spécialiste à Paris.

Au premier abord l'éruption qu'elle présentait semblait constituée par des éléments assez dissemblables.

Vers la face antérieure du poignet se voyaient de petits éléments arrondis ou ovalaires à limites assez peu nettes, quoique franchement circonscrits et d'aspect pseudo-papuleux, bien que les téguements ne parussent pas être notablement infiltrés à leur niveau. Leurs dimensions variaient de celles d'une fine à celles d'une grosse tête d'épingle. Leur couleur était d'un rouge assez vif, presque un peu framboisé par places, par places simplement rosé. Quelques-uns étaient lisses et leur surface brillait sous les incidences de lumière comme des papules de lichen plan. La plupart étaient plus ternes et légèrement squameux. Par le grattage on soulevait une fine squame, mince; mais ce caractère n'était pas constant.

Ces éléments étaient surtout abondants à la face antérieure des avant-bras avec maxima vers les poignets et le pli des coudes. Ils y existaient à l'état isolé, séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine, mais aussi à l'état confluent, et formaient alors des sortes de plaques irrégulières disposées en bandes, en traînées, en circinations incomplètes, encerclant des zones de peau saine. Au niveau de ces plaques la peau était d'un rouge de teinte variable, rosé ou assez vif; elle ne paraissait pas infiltrée, et était recouverte de quelques petites squames sèches, pityriasiques.

Cet aspect de plaques rouges irrégulières en traînées et en circinations incomplètes était surtout évident sur les bras où l'éruption avait son maximum vers leur face interne. Il n'y avait en cette région

que fort peu d'éléments isolés, de telle sorte que la première impression était celle d'un pityriasis rubra bénin en voie d'extension. Cependant, quand on avait étudié avec soin les lésions de l'avant-bras, on retrouvait même sur les bras le début des plaques et des traînées par les petits éléments roses ou rouges de la grosseur d'une tête d'épingle que nous avons décrits plus haut.

Les mêmes lésions existaient sur les cuisses, surtout à leur face interne; sur leur face externe il n'y avait que quelques éléments rouges, légèrement squameux par le grattage, en somme franchement érythémateux. Sur les jambes les éléments étaient également discrets, et n'existaient que sur leur face interne et en petit nombre : leur coloration y était d'un rouge vif.

Sur la poitrine et sur les épaules l'éruption avait le même caractère de papules superficielles rouges disséminées. Mais dès qu'on approchait du sillon intermammaire, de la ceinture, et du bas-ventre, les éléments devenaient de plus en plus nombreux et confluaient pour y former comme sur les bras des plaques et des traînées irrégulières.

La malade présentait des adénopathies assez volumineuses, indolentes aux aines et à la région cervicale. Elle n'accusait pas le moindre prurit, pas le moindre symptôme subjectif. Mais elle avait beaucoup maigri, et ses digestions étaient assez mauvaises. Les urines ne renfermaient ni sucre, ni albumine. Elle était fort nerveuse, et croyait que son affection cutanée s'était développée à la suite de violentes émotions.

Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois, nous fûmes fort embarrassé pour poser un diagnostic. Nous nous demandions si nous nous trouvions en présence d'une éruption prémycosique, d'un début de pityriasis rubra, d'une séborrhéide spéciale, ou d'une variété particulière de lichen planus. Mais l'absence de démangeaisons nous déroutait totalement. L'aspect était tel que nous n'eûmes jamais l'idée d'un psoriasis à petits éléments : les caractères objectifs majeurs du psoriasis faisaient en effet défaut.

Nous prescrivîmes des onctions avec du glycérolé d'amidon à l'acide salicylique et à l'acide tartrique, et nous demandâmes à la malade de revenir nous voir au bout de quelques jours. L'examinant alors de nouveau avec soin, nous fûmes frappé beaucoup plus que la première fois de l'aspect brillant et comme luisant, à facettes, de certains des éléments des avant-bras, que nous retrouvâmes également sur les bras et sur les cuisses; et, nous souvenant alors des travaux de Radcliffe Crocker, nous portâmes définitivement le diagnostic de lichen variegatus.

Nous revîmes cette malade quatre mois plus tard : sous l'influence d'injections de cacodylate de soude pratiquées avec persévérance par séries de 10, séparées par des intervalles de 10 jours de repos, aux doses de 5 à 10 centimètres par injection, elle avait repris des forces, de l'embonpoint, et elle avait vu son éruption diminuer graduelle-

ment. De toutes les pommades que nous lui avons indiquées, au goudron, à l'acide pyrogallique, à l'ichtyol, etc., elle avait trouvé surtout efficace le glycérolé d'amidon à l'acide salicylique et à l'acide tartrique, et elle s'en servait exclusivement.

Observation XIII (Obs. V du mémoire de Brocq).

Le 31 mai 1901, nous avons été consulté à l'hôpital Broca-Pascal par un homme âgé de 67 ans, charron, qui présentait depuis plusieurs mois une éruption très particulière à la face antérieure des deux avant-bras. Elle était composée par de petits éléments rosés, à bords assez peu nets, arrondis ou ovalaires, ou même un peu irréguliers, ayant les dimensions d'une petite, d'une moyenne ou d'une forte tête d'épingle, érythémateux, c'est-à-dire, que leur rougeur disparaissait par la pression du doigt, en laissant une légère teinte jaunâtre, ne faisant pas de saillie notable au-dessus du niveau normal des téguments et ne donnant pas de sensation d'infiltration du derme. La plupart étaient lisses, non squameux. Quelques-uns cependant étaient légèrement pityriasiques, et par le grattage on pouvait mobiliser de fines squames fort peu épaisses, au-dessous desquelles se voyait le derme rosé, non excorié, non sanguinolent.

Quelques-uns d'entre eux un peu plus pâles, presque blanchâtres, présentaient une surface lisse, brillante, semblable aux facettes du lichen planus. En quelques points il semblait même qu'il y eut comme un léger processus d'atrophie.

La plupart de ces éléments éruptifs étaient isolés les uns des autres, jetés çà et là sans ordre sur toute la face antérieure des avant-bras; ils étaient surtout abondants vers leur tiers inférieur jusqu'aux poignets, et vers leur face interne; ils diminuaient graduellement de nombre jusque vers le coude où cessait l'éruption. Vers le tiers inférieur de l'avant-bras et vers sa face interne les éléments formaient par confluence des plaques irrégulières, ou pour mieux dire des traînées de 2 à 5 millimètres à peine de large qui constituaient des réseaux irréguliers. A leur niveau il était presque toujours possible de reconnaître la plupart des éléments primitifs.

L'éruption ne provoquait pas le moindre prurit, pas la moindre gêne.

Nous eûmes le tort de parler de biopsie devant le malade qui disparut et que nous ne revîmes plus que le 21 février 1902.

Instruit par le cas précédent que nous venions d'étudier, nous portâmes ici d'emblée le diagnostic de lichen variegatus.

Le 21 février 1902 l'éruption manifestement en voie de disparition. Les éléments étaient moins colorés, moins nombreux: il était nécessaire de nettoyer soigneusement la peau des avant-bras et d'y faire

une forte friction avec de l'éther pour les bien mettre en évidence ; mais alors leur disposition en réseau devenait très apparente. Par le grattage on ne soulevait pas de squames à leur niveau, on ne les écorchait pas, mais on les rendait facilement purpuriques. Leur tendance à l'atrophie cutanée persistait plus nette qu'en mai 1901.

A la suite de ces deux observations de parapsoriasis lichénoïde pur, il faut placer les deux suivantes. Elles avaient été données par M. Brocq, la première comme un fait de passage entre les types en plaques et le type lichénoïde, et la seconde comme un fait de passage entre les trois variétés.

Observation XIV (Obs. IX du Mémoire de Brocq).

Le 20 février 1902, nous avons été consulté par une femme de 39 ans, syphilitique depuis 1895, et qui avait vu paraître en septembre 1901 à la face interne du pied droit, en arrière de la malléole, une plaque rosée un peu squameuse, non prurigineuse. Effrayée par ce symptôme et par une fausse couche, la malade se soumit à des injections de bichlorure. Pendant qu'on les lui faisait, d'autres plaques apparurent sur les deux membres inférieurs.

Lorsqu'elle vint nous voir, elle présentait à la face interne du pied droit, au niveau de la malléole et en arrière de la malléole jusque vers le tendon d'Achille, une plaque à contours un peu irréguliers, mais, d'une manière générale, arrondie, ayant environ 6 centimètres de diamètre transversal, 7 centimètres de diamètre vertical. Sa teinte était rouge un peu bistre, mais plutôt un peu pâle ; elle pâlisait sous l'influence de la pression digitale, mais il restait une teinte jaune des plus évidentes. Elle était couverte de fines lamelles pityriasiques, que le moindre grattage rendait fort visibles ; dès qu'on grattait, la rougeur devenait fort vive ; mais il était impossible d'arriver sur la surface lisse et luisante parsemée d'un petit piqueté hémorragique caractéristique du psoriasis ; cependant on déterminait un peu de purpura et une légère effusion sanguine en insistant tout particulièrement avec l'ongle.

Cette plaque avait un aspect assez uniforme ; elle ne présentait pas d'éléments papuleux visibles, pas d'infiltration notable des téguments. Elle était d'une indolence absolue ; la malade n'éprouvait pas à son niveau le moindre prurit.

Tout près de cette plaque en avant et en haut, un peu au-dessus de la malléole, existaient quelques petits éléments d'un rouge pâle un peu squameux.

Sur les jambes se voyaient trois plaques de 1 centimètre et demi de diamètre, ayant les mêmes caractères que la plaque malléolaire quoique un peu moins squameuses.

A la face interne des cuisses on trouvait plusieurs plaques ovales ou irrégulières, de 1 centimètre et demi à 2 centimètres et demi de diamètre moyen. Elles semblaient être fort nettement constituées par un aggrégat d'éléments papuleux minuscules de la grosseur d'une moyenne tête d'épingle, brillant aux incidences de lumière. Elles paraissaient ne pas être squameuses, mais par le grattage on mettait en évidence sur les lésions des squames fines, furfuracées.

D'ailleurs ces plaques, une fois constituées, avaient les mêmes caractères que les plaques précédentes, une lenteur d'évolution et une indolence absolue.

Observation XV (Obs. X du Mémoire de Brocq).

P. X..., bonne, âgée de 20 ans, présente depuis son enfance une éruption non prurigineuse occupant surtout les deux bras et les deux jambes.

Cette éruption est caractérisée par des éléments d'un rose pâle, un peu bistre, de diverses grandeurs; les plus petits ont la dimension d'une tête d'épingle à peine; ils paraissent sous certaines incidences former une légère dépression, ou bien avoir une surface lisse et brillante comme les papules de lichen plan. D'autres sont un peu plus larges, et quand on les gratte on met en évidence une petite squame blanche, nacrée, au-dessous de laquelle on voit le derme rouge sans toutefois déceler le caractère pathognomonique du psoriasis.

En certains points les éléments ont donné naissance par confluence à des plaques irrégulières, squameuses, rouges ou rosées, sans aucune infiltration appréciable des téguments; elles deviennent plus nettement squameuses quand on les gratte.

Au bras droit on trouve une plaque éruptive assez considérable.

L'affection à laquelle cette éruption ressemble le plus au premier abord, c'est à du psoriasis très avorté.

CHAPITRE III

DESCRIPTION DES PARAPSORIASIS

Donner brièvement une définition du parapsoriasis qui ait à la fois assez d'extension et de compréhension pour englober tous ces cas, que la clinique nous montre si voisins, et qu'un coup d'œil superficiel ferait parfois juger si éloignés les uns des autres, n'est pas chose facile. L'agent étiologique immédiat nous échappe. L'évolution ne peut nous offrir une base bien solide : c'est une dermatose à marche chronique, à durée indéterminée. Elle présente parfois des rémissions (Obs. IV) et même de véritables guérisons (Obs. VIII et X) suivies de rechutes. Je ne relève qu'une fois une influence indéniable des saisons sur le rythme de ces rechutes : l'éruption revient tous les hivers (Obs. X). Les règles, les grossesses, les écarts de régime, les écarts brusques de température paraissent provoquer des poussées légères ou tout au moins exagèrent l'élément congestif au niveau des taches.

La symptomatologie générale est encore plus vague; elle est même purement négative. A part un cas (Obs. IX) où la malade accuse quelques démangeaisons ou cuissons, l'éruption n'est jamais prurigineuse. L'état général reste excellent. C'est donc sur la morphologie pure, sur l'aspect objectif de l'éruption qu'il faut à peu près exclusivement s'appuyer. Or, nous ne trouvons pas ici un élément facile à défi-

nir, comme la papule du lichen plan, comme la squame du psoriasis.

La lésion élémentaire peut paraître banale. J'ai voulu par une analyse patiente et minutieuse, lui découvrir une apparence d'individualité. Je crois y être arrivé; je ne suis pas sûr de l'exprimer avec la netteté voulue. L'œil voit-il des nuances que la langue est impuissante à rendre? Est-ce faute de la bien manier? Faut-il les tenir pour négligeables lorsqu'elles sont à ce point ténues qu'on craint de ne pouvoir les décrire? Et faut-il en conclure que le groupe des parapsoriasis n'est qu'un *caput mortuum*, où sont entassés des faits qui ne peuvent rentrer dans les groupes voisins, et sans autre lien entre eux que ce caractère négatif; c'est-à-dire sans aucun lien réel? Certes non. Je suis convaincu de l'autonomie de ce groupe.

Je crois l'avoir vue, et sans grand'peine, car j'étais guidé par un maître qui l'avait devinée depuis longtemps. Je voudrais la montrer à mon tour. Si j'échoue, ce sera pour avoir mal vu ce qu'on me montrait, ou mal rendu ce que j'ai vu.

Je n'ai pas trouvé de ces faits saillants qui permettent d'individualiser fortement une image. Tous les modèles ne les présentent pas; ou peut-être n'est-il pas loisible à tous de les saisir et de les rendre. A défaut d'un raccourci qui peigne en quelques phrases cette dermatose, j'espère être arrivé par le détail à fixer avec quelque précision la physiologie du parapsoriasis; elle est faite de lésions banales sans doute, si on les considère isolément, mais qui s'enchaînent dans un ordre constant et forment, en se groupant, une image nouvelle.

C'est une éruption bigarrée, maculeuse et squameuse, variant comme teinte, du rose franc au rouge livide, et sur les peaux très brunes, du rose bistre au rouge brunâtre. Elle respecte le cuir chevelu, le visage, le cou, et en général les extrémités.

La macule est une forme de début ou d'involution de l'élément caractéristique, qui est une tache érythémato-squameuse. J'écarte, de propos délibéré, le terme papule ; il n'a pas sa place ici. On ne trouve jamais au-dessous de l'efflorescence du parapsoriasis, en plissant la peau, le coussinet d'infiltration dermique, qui témoigne d'une prolifération conjonctive, et qui est le substratum anatomique de la papulation.

Cette tache est assez régulièrement arrondie ou ovale, à bords nets, de dimensions variables, oscillant en général entre 0,005 millimètres, et 0,02 centimètres de diamètre. Elle est plate et fait, le plus souvent, à la période de pleine activité, une saillie légère au-dessus des tissus voisins. Les bords sont alors plus nets encore que de coutume ; ils forment un talus rapide et presque vertical sur la peau saine. Il ne s'agit toujours que d'une prolifération épidermique et pour être saillant, l'élément n'est pas papuleux.

A la fin de son évolution, il s'affaisse ; parfois même il s'atrophie et s'enfonce au-dessous du plan des tissus avoisinants.

La surface présente deux aspects différents, suivant l'âge et le degré de la lésion auxquels correspondent les deux termes : *macule* et *squame*.

a) Dès les premiers stades, l'épiderme subit des modifications importantes.

Son grain devient grossier et tranche sur le grain délicat de la peau voisine. La couche cornée ne paraît plus avoir la souplesse nécessaire pour se plisser aussi finement qu'à l'état normal. On retrouve encore le même système de plis, mais simplifié et formant un réseau à mailles d'autant plus larges que l'épiderme a perdu davantage de sa souplesse. Suivant la région, la surface de l'efflorescence sera grossièrement découpée en carrés, en losanges ou en polygones, mal des-

sinés, irréguliers; et ces facettes seront d'autant plus larges que l'élément sera plus en saillie. La saillie est elle-même, en général, plus accusée aux régions où le tégument est épais : coudes, genoux, des fesses, et surtout région lombaire et sacrée.

Cet épiderme ainsi modifié, rappelle la peau de chagrin; il se rapproche aussi de l'apparence des plaques de lichénification. Je résume en un mot cette impression dans mes observations, en disant qu'il prend un aspect *chagriné* ou *pseudo-lichénien*.

A ce stade il est presque toujours un peu luisant, parfois il est comme vernissé. Dans tous les cas, il est un peu friable; l'ongle y trace une traînée blanchâtre, et l'on a, à proprement parler, quoique à un degré bien moindre que dans le psoriasis, le phénomène de la tache de bougie. Il est plus ou moins net, suivant l'épaisseur de la couche cornée friable; mais on n'arrive jamais à dénuder une surface lisse, humide et présentant le pointillé rouge de la *rosée sanglante*.

b) Au second stade, ce n'est plus seulement une couche cornée friable, qui recouvre l'élément du parapsoriasis, c'est une squame constituée et qui a ses caractères propres.

Elle est arrondie ou ovale, plate, et d'épaisseur uniforme, sèche, solide; ses bords sont parfois décollés; elle adhère souvent aux plans sous-jacents, d'autrefois au contraire, on peut, avec quelques précautions, la décoller en bloc.

On voit alors qu'elle reposait sur un épiderme à peu près normal, encore un peu rouge et un peu lisse, mais jamais humide, et ne saignant jamais. Un grattage léger produit plus facilement encore qu'au stade précédent, le phénomène de la tache de bougie.

Cette squame est plus ou moins épaisse, et, par suite, plus ou moins flexible. Elle est souvent très mince. Si elle est très adhérente et mince, elle est transparente; si

elle est épaisse, si elle adhère peu, elle est opaque et varie du gris au brun. Sa surface est luisante, comme vernissée dans le premier cas; terne et grenue dans le second. Elle est toujours lisse si la squame est petite, ou si elle est encore très souple; si elle est épaisse, au contraire, une double série de cassures, d'aspect plâtreux, qui se coupent à angle droit, se dessine à la surface. Ces stries sont sans aucun rapport avec le quadrillage de la peau voisine; celui-ci a disparu lorsque la couche cornée a perdu définitivement toute sa souplesse, et s'est épaissie pour former cette lame rigide qu'est la squame; il ne s'agit plus que de cassures provoquées par les mouvements de flexion et d'extension de la peau sous-jacente. Elles font défaut lorsque la squame est de dimensions assez restreintes pour ne pas participer à ces mouvements, ou assez mince et assez souple pour ne pas se briser.

L'écart est grand de l'épiderme chagriné du premier stade à cette squame lisse, plus ou moins adhérente, qui parfois paraît ne plus tenir aux plans sous-jacents, et semble seulement appliquée sur eux comme un pain à cacheter. La filiation pourtant se suit l'une de l'autre de ces deux manières d'être de la couche cornée. On retrouve toutes les étapes intermédiaires sur des éléments voisins; on peut aussi les voir se succéder sur un même élément. Le stratum cornéum chagriné s'épaissit de plus en plus; les plis qui le parcouraient sont d'abord moins accusés, puis ne laissent que quelques vestiges et enfin s'effacent. Ce sont là des signes de déchéance; preuve d'une vitalité amoindrie. La squame est déjà en puissance. Elle va désormais tendre à s'éliminer et devenir apparente. Un sillon se trace à sa périphérie, qui la limite nettement; c'est en quelque sorte le sillon d'élimination. Puis les bords se soulèvent, ou du moins, la face inférieure se détache à peu près des plans

profonds sous-jacents; et la squame est prête à tomber au moindre frottement.

Si le processus est éteint, l'évolution de l'efflorescence est alors terminée. Sinon, l'épiderme va repasser par le même cycle, et l'élément se reproduira avec les mêmes caractères. On peut prévoir aisément que l'évolution est terminée, si la rougeur a disparu.

A côté des troubles de kératinisation aboutissant à la squame, intervient toujours, en effet, un facteur conjonctivo-vasculaire, qui les régit. Il ne se manifeste cliniquement que par une rougeur congestive, que la pression fait disparaître. Le purpura diffus ou péripilaire, spontané, ou provoqué par le grattage, que présentent les taches situées aux parties déclives, n'appartiennent pas en propre au parapsoriasis. Il n'a que la valeur d'une complication.

Ce facteur conjonctivo-vasculaire a son importance. Dans nombre de cas, il reste au second plan, et semble accompagner seulement la squame. La tache a été à peine rose au début; la squame apparaît, devient opaque et cache la rougeur sous-jacente, qui a disparu lorsque la squame tombe. L'éruption est avant tout squameuse (Obs. III et Obs. IV p. ex., une partie de l'éruption de l'Obs. VIII).

D'autres fois, la réaction du derme prend au contraire une valeur considérable. Inversement, les troubles épithéliaux, sans perdre de leur importance, n'apparaissent plus avec autant de netteté. La squame n'arrive pas à se constituer (Obs. X une partie de l'éruption de l'Obs. IX), ou reste mince et transparente (une partie de l'Obs. IX, l'éruption des bras dans l'Obs. VIII). Il semble qu'il y ait une sorte d'antagonisme entre la réaction épithéliale et la réaction mésodermique.

L'importance du facteur conjonctivo-vasculaire se manifeste par une rougeur intense, par la fréquence du purpura

aux points d'élection, par une durée illimitée des éléments, qui se recouvrent indéfiniment de nouvelles squames, lorsque les anciennes ont disparu; elle ressort enfin, dans certains cas, d'un phénomène tout particulier : l'élément s'atrophie.

Ce caractère ne s'observe jamais sur un élément franchement squameux; il se retrouve toujours avec fréquence, dans les Obs. VIII, IX et X, où les squames sont à peine caractérisées. Il ne s'agit pas, cependant d'un processus nouveau. Il existe dans les deux formes, et c'est un lien de plus entre elles. Il prouve que, dans la première, la réaction mésodermique n'est pas aussi insignifiante qu'on pouvait le croire d'abord. Mais il est visible déjà au cours de l'éruption dans les taches très érythémateuses; tandis qu'il n'apparaît qu'après la chute de la squame dans les autres.

Dans les deux cas, il n'est que passager, et cet aspect atrophique disparaît au bout de quelque temps (Obs. IX). Il n'a donc, au total, qu'une importance minime. Il n'est même pas constant. Il ne saurait entrer sans la fausser, dans une définition qui ne peut retenir que les termes essentiels de l'éruption : la *squame* et la *rougeur*.

On vient de voir que ces deux facteurs, loin de marcher de pair, semblent s'opposer l'un à l'autre au point d'imprimer à cet élément érythémato-squameux une physionomie assez différente, suivant que prédomine la squame ou la rougeur.

C'est l'ébauche d'une différenciation de deux types. Elle s'achève grâce à quelques traits fournis par la morphologie générale de l'éruption; et voici deux formes nettement individualisées : le *parapsoriasis en gouttes* c'est le type squameux et le *parapsoriasis en plaques* c'est le type érythémateux.

1^o Parapsoriasis en gouttes.

J'en ai vu deux cas remarquables (Obs. III et IV). Leur aspect général était de prime abord assez différent. C'était pure question d'âge des deux éruptions. La première, s'est peu à peu rapprochée de la seconde; et une deuxième poussée de celle-ci rappelait, de façon frappante à ses débuts, la jeune éruption de l'Obs. III.

Dans les deux, d'ailleurs, et dès les premiers examens, l'analyse mettait hors de doute l'identité des deux éléments.

Leur dimension moyenne est celle d'une pièce de 0 fr. 50. Ils criblent la peau de mouchetures fines, de nuance presque uniforme. Leur coloration est rose pâle, ou rose bistre et même franchement brune, suivant la pigmentation de la peau sous-jacente. Le caractère de l'éruption lui est donné par l'aspect squameux des efflorescences, plus que par des oppositions de teintes.

Le stade *pseudo lichénien* dure peu. Le grain de l'épiderme n'est jamais très grossier, car les couches épithéliales sont à peine épaissies; la saillie de la tache est minime et le plus souvent n'existe pas.

La couche cornée devient immédiatement opaque, se ternit, et la squame s'ébauche. En quelques jours elle est constituée; la rougeur disparaît et l'élément reste purement squameux: c'est sa forme définitive. Ce travail qui aboutit à l'achèvement de la squame, se fait parfois en masse et simultanément sur toute la surface de la tache; il progresse le plus souvent du centre à la périphérie. On se trouve donc parfois en présence d'une figure complexe: le centre de l'efflorescence porte une squame prête à se détacher, tandis que la périphérie conserve son apparence chagrinée. L'évolution est presque achevée au centre; elle est incomplète à la périphérie. Cette zone externe peut même encore

s'étaler; elle a donc la valeur d'une zone d'extension. Ce processus qui aboutirait logiquement à la formation de figures circinés est d'ailleurs très passager, et la squame recouvre bientôt toute la superficie de l'efflorescence.

Elle se rompt, alors, lorsque celle-ci est large; et les plaques de la dimension d'une pièce d'un franc sont recouvertes en général de trois à quatre squames. Au delà de cette taille, ce sont des placards irréguliers, et manifestement formés par la juxtaposition de plusieurs éléments primitivement isolés. Leurs squames, sont plus éloignées les unes des autres et dans leur intervalle, on aperçoit la peau saine ou encore congestionnée, suivant que l'évolution est plus ou moins avancée.

La squame du parapsoriasis en gouttes est d'une épaisseur appréciable. Le phénomène de la tache de bougie est très apparent. L'aspect est vraiment psoriasiforme et parfois syphiloïde, grâce à la teinte sombre, et au mélange de macules et d'éléments squameux.

L'évolution de chaque élément est assez courte et ne dépasse guère deux à trois semaines. La cicatricule qui le remplace est aussi de durée très éphémère, et l'éruption disparaîtrait assez vite, si l'apparition constante de nouveaux éléments ne la prolongeait à l'infini. Chez P. E. (Obs. III) elle datait d'un an, lorsque nous avons commencé à la traiter. Deux ans après, elle récidivait encore dès que le malade interrompait son traitement. Chez Yvonne X (Obs. IV), elle remontait à sept ou huit ans déjà. Après trois ans de traitement interrompu, elle est à peine modifiée. Elle date de quatre ou cinq ans dans l'Obs. II.

Nous avons employé les pommades les plus fortes, elles ont été fort bien tolérées, mais ont eu moins de résultat encore que dans les psoriasis les plus invétérés; puisqu'elles n'ont pu blanchir l'éruption de façon durable.

Nous aurions voulu tenter de modifier l'état général par de fortes doses d'arsenic, longtemps prolongées. Nous n'avons pu faire cet essai sur des malades de la consultation externe qui échappent trop à notre surveillance.

Une première saison à la Bourboule paraîtrait avoir eu une action favorable sur Yvonne X.

Il y a au total, les éléments d'un tableau assez caractérisé.

Apparence psoriasiforme, parfois syphiloïde. Mobilité des éléments; tolérance remarquable de la peau. Incurabilité ou au moins, résistance indéfinie au traitement local énergique qui « blanchit » seulement l'éruption mais ne prévient pas des récidives immédiates.

2° Parapsoriasis en plaques.

Le mot de parapsoriasis s'applique moins heureusement à ce second type, dont l'image n'évoque plus guère celle du psoriasis. La dénomination de parapsoriasis en plaques a cependant le mérite d'indiquer la parenté des deux formes de la dermatose; c'est assez pour la maintenir et la préférer au terme, proposé d'abord, d'érythrodermie pityriasique en plaques disséminées.

Je ne renonce cependant pas sans regrets à ce dernier nom : il peignait l'un des caractères majeurs de l'éruption.

Si la forme précédente est *squameuse*; celle-ci est avant tout *érythémateuse*. Les trois cas que j'ai eus sous les yeux étaient identiques. Le type est des plus nets. Il est caractérisé par des plaques rouges circonscrites, assez bien limitées, de 2 à 6 centimètres de diamètre, formées souvent par la fusion de taches élémentaires beaucoup plus petites; elles sont disséminées çà et là sur le tégument, et en général très abondantes. Leur coloration varie du rouge pâle, au rouge

bistre, ou livide, suivant les sujets et localisations. Cette teinte dure autant que l'élément lui-même ; elle n'est jamais cachée par une squame. Lorsque la tache va s'effacer, la couleur s'atténue et, sur les peaux pigmentées, vire au brun, avant de disparaître. La juxtaposition de ces placards de teintes variées tranchant sur la peau saine, fait une bigarrure toute particulière, qui rappelle assez bien celle de la peau du léopard. La squame n'a jamais qu'une importance secondaire. Elle fait parfois défaut, et l'élément reste au stade « pseudo-lichénien ». Lorsqu'elle existe, elle est toujours mince, transparente et comparable à une pellicule de collodion ; ce n'est qu'un lambeau de la couche cornée qui s'est fendillée. Elle ne tend pas à s'éliminer ; elle reste très adhérente ; elle ne s'effrite pas sous l'ongle, qui ne produit sur cette surface lisse qu'une traînée blanche à peine perceptible. La plaque n'est plus, comme celles que présentait parfois le type précédent, formée d'un assemblage de squames opaques, friables, posées sur un épiderme presque normal ; elle reste pendant toute son évolution, une tache rouge, recouverte d'un épiderme lisse, luisant et craquelé.

Elle prend souvent un aspect atrophique. Ce n'est plus comme dans la forme en gouttes, une sorte de cicatrice légère qu'elle laisse après elle, lorsqu'elle disparaît ; l'atrophie fait partie de son évolution propre. La plaque est encore en pleine activité et déjà elle est en retrait sur les tissus voisins. La dépression est légère, et peut échapper à l'œil ; mais si l'on exerce une traction sur la peau voisine, l'épiderme se fronce à la surface de l'efflorescence, comme sur une peau sénile. On voit que le chorion a perdu à ce niveau, sa consistance et son élasticité normales. Ces caractères s'accroissent davantage, si la peau voisine est elle-même déjà atrophiée, par une kératose pilaire ancienne, par exemple ; les deux atrophies se superposent alors au niveau de la plaque

de parapsoriasis; celle-ci prend un aspect presque cicatriciel très apparent, et qui frappe sans qu'il soit besoin de plisser la peau pour la mettre en évidence.

Comme dans la forme en gouttes, l'atrophie propre au parapsoriasis dure peu; et quelques semaines après disparition des plaques, la peau a repris l'aspect qu'elle présentait avant l'éruption.

La durée des éléments est bien plus longue que dans l'autre forme; dans le psoriasis en plaques, la persistance de l'éruption ne tient pas seulement à des poussées subintrantes, mais à la ténacité désespérante de chacune des taches. Dans un seul de mes cas, l'évolution a été rapide. Dans les deux autres cas, le début remontait à 15 ans et à 20 ans. Si je me reporte aux observations contenues dans les mémoires de Brocq, l'éruption remonte à 20 ans, à 15 ans, à « plusieurs années ». On devait s'attendre à trouver aux pom-mades une action moins nette sur cet élément avant tout érythémateux, que sur l'élément presque exclusivement squameux du type en gouttes. C'est en effet ce qui a lieu. Elles sont aussi tolérées moins facilement.

L'arsenic à hautes doses paraît avoir eu un résultat excellent, dans le cas où nous l'avons employé. Au dire de l'une de nos malades, il aurait échoué chez elle; il est au moins douteux qu'elle ait suivi ce traitement avec quelque régularité.

Il me semble en résumé, qu'on peut légitimement opposer ce type au précédent et le schématiser ainsi :

Aspect bigarré. Plaques érythrodermiques à peine squameuses, souvent très légèrement atrophiques. Fixité remarquable des éléments. Le traitement local est impuissant à les modifier. Il est d'ailleurs parfois mal toléré. La durée de l'affection est indéterminée et varie dans les plus larges limites: de quelques mois à 15 ans et davantage.

3° Parapsoriasis lichénoïdes.

Je ne puis donner de cette troisième forme isolée par M. Brocq, une description d'après des observations personnelles. J'ai vu le malade de l'observation XIII ; je n'ai pas eu le temps de l'étudier ; il s'est dérobé, et toute biopsie a été impossible. Je n'ai plus sous les yeux que quelques notes prises à la hâte, en 1901. Je n'ai pu ni les compléter, ni les comparer à d'autres, l'occasion d'en recueillir de nouvelles ayant fait défaut. Je n'ai pas vu d'autres cas de parapsoriasis lichénoïdes ; et je n'ose faire état de ce document ancien. Quelque bonne foi qu'on apporte à prendre une observation, il entre toujours dans ce travail une part d'interprétation. C'est un coefficient personnel qui ne doit pas varier dans une même série de faits, sous peine de fausser le résultat. Je n'ai pas la moindre hésitation à transcrire des observations de parapsoriasis en gouttes ou en plaques, contemporaines de celle-ci, j'ai revu, depuis de nouvelles éruptions de cette catégorie ; je les ai lues de même, et j'ai pu m'assurer que mon interprétation n'avait pas changé. Je n'ai pas la même certitude pour ce qui concerne ces cas de parapsoriasis lichénoïde. Je le verrais peut-être aujourd'hui sous un angle différent. J'ai trouvé de nouveaux faits, sur lesquels je reviendrai plus loin et qui m'ont troublé.

Je crois donc plus loyal de m'abstenir de toute description personnelle. Il serait d'autre part illogique, je crois, de placer en regard des deux précédentes, celle que je trouve dans le mémoire de mon maître. Les différences d'optique rendraient malaisée toute comparaison entre ces trois schémas.

On pourra imaginer le troisième d'après les observations XII, XIV et XV (1), et rapprocher cette image de celles que

(1) Je fais des réserves sur l'observation XIII où j'ai collaboré par les notes auxquelles je faisais allusion plus haut.

l'on se sera faites par la lecture des premières; les trois idées, modelées par le même cerveau redeviendront comparables entre elles. La notion qu'on devrait concevoir ainsi du parapsoriasis lichénoïde me paraît être celle d'une éruption qui pourrait tenir le milieu entre les deux autres : faite comme la première, d'éléments ordinairement isolés, plus petits encore que ceux du parapsoriasis en gouttes; mais peu squameux, luisants et souvent atrophiques, comme ceux du parapsoriasis en plaques. Ils se groupent de façon capricieuse, et ébauchent parfois, ainsi, des réseaux incomplets dont les mailles inachevées ne se ferment pas.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J'ai multiplié le plus possible les examens histologiques. Sur mes cinq malades quatre s'en sont prêtés à la biopsie. Trois d'entre eux m'en ont fourni deux et même trois. J'ai pu, de la sorte, étudier au point de vue anatomo-pathologique le parapsoriasis en gouttes et le parapsoriasis en plaques sur des malades différents, et à différents stades de leur évolution.

Toutes les fois que cela était possible, la pièce prélevée a été divisée en trois fragments : le premier était fixé dans l'alcool à 90°, le second dans un mélange de formol et de bichromate de potasse, ou le sublimé acétique ; le troisième dans un mélange de bichromate de potasse et d'acide osmique. Chacun d'eux a été coupé en série. J'ai établi ma description, en général, d'après le fragment fixé à l'alcool. Lorsqu'un des caractères qu'il présente, manque, ou s'accuse au contraire davantage avec une autre fixation, je l'indique en passant. J'évite ainsi les longueurs et les redites fastidieuses d'une triple description.

J'ai voulu, de même, être très bref dans mes trois dernières observations. Elles ont avec la première beaucoup de traits communs. Je donne celle-ci en détail ; j'y renvoie lorsque je retrouve dans les autres, une lésion déjà décrite ; et me contente d'indiquer les caractères nouveaux qui peuvent se rencontrer.

§ I.

1° **Parapsoriasis en gouttes.****Observation III (V. p. 37).**

C'est l'Obs. III qui me fournit les éléments de cette description d'ensemble. Le fragment prélevé à la face antérieure de l'avant-bras droit comprend une partie d'un élément adulte, légèrement atrophique, avec squame centrale et aréole chagrinée périphérique; celle-ci, on l'a vu, représente la partie jeune encore de l'élément, et peut être une zone d'extension.

Je trouve donc côte à côte, sur la même coupe, les deux aspects principaux de la tache érythémato-squameuse du parapsoriasis. Il se trouvait, en outre, sur ce même élément l'atrophie à peine visible, que vient parfois compléter le tableau.

Je ne sépare pas, au cours de mon analyse histologique, les deux formes élémentaires que j'ai isolées schématiquement dans ma description clinique. L'efflorescence qui les réunit ici forme un tout; il n'y a pas de séparation nette, sauf au niveau de la couche cornée. Les limites, très indécises, se trouvent en des régions différentes d'une couche à l'autre. J'étudie donc chaque couche séparément et sur toute l'étendue de l'élément. L'histologie confirme la clinique: il n'y a dans ces deux formes élémentaires que deux stades d'un même processus.

VUE D'ENSEMBLE. — La pièce biopsiée ne comprend pas de peau saine; pour servir de terme de comparaison, il faut se reporter aux images que donnent en général les coupes de peau de la face antérieure de l'avant-bras. On voit alors que sur le fragment examiné, l'ÉPIDERME est dans son ensemble épaissi; aux deux extrémités de la figure, il y a hypéracanthose légère et un peu d'exagération des bourgeons interpapillaires, plus larges et plus longs qu'à l'état normal. Au centre, les couches profondes s'amincissent, mais elles sont surmontées par deux *squames* d'épaisseur différente, juxtaposées, mais nettement séparées, qui occupent la place du *stratum corneum* normal.

Elles en ont à peu de chose près la structure.

Rien ne permet d'affirmer qu'il s'agisse d'une squame unique cassée: de part et d'autre de la ligne de séparation, les deux squames vont en s'amincissant; chacune est, de plus, sur toute son étendue, à part cet amincissement terminal, d'épaisseur uniforme; et la moins longue est aussi la plus mince. On peut donc y voir deux squames primitivement indépendantes.

La séparation se fait en suivant la série des coupes, tantôt au niveau d'une dépression du corps muqueux répondant à un sillon de second ordre, tantôt au niveau d'une crête papillaire.

L'adhérence de ces squames n'est pas parfaite. Vers l'une de ses extrémités, la plus grande se détache, sur une certaine longueur, ou plutôt se clive, et laisse adhérer au corps de Malpighi une lame cornée qui représente très sensiblement un stratum corneum normal.

Elles reposent sur un *corps muqueux* qui, à première vue, ne paraît pas très altéré; il s'amincit cependant sensiblement, vers le centre de la squame, au moins au sommet des papilles; les bourgeons interpapillaires s'effilent, parfois se massent; mais en général ne perdent pas de leur longueur.

Le CORPS PAPILLAIRE présente sur toute l'étendue de la coupe un peu d'œdème diffus; il se colore faiblement par l'éosine, et montre, sur les coupes colorées au Van Giesou, des fibrilles anormalement dissociées. Enfin les fentes lymphatiques sont dilatées. Les faisceaux profonds du derme sont normaux.

La lésion la plus nette, est constituée par la présence d'un *infiltrat* de cellules autour des vaisseaux sanguins, qui sont dilatés et gorgés de sang. Cette lésion vasculaire et périvasculaire est distribuée de façon assez paradoxale au premier abord. L'infiltrat n'est pas en rapport avec l'épaisseur de la squame; il n'est pas en général, plus intense au centre qu'à la périphérie de la région qu'elle recouvre. Encore moins forme-t-il une nappe continue. Sur certaines coupes, il est très abondant, sur d'autres très discret; son siège même varie; on le trouve, comme au hasard, dans certaines papilles isolées ou groupées, et dans les couches profondes de la peau; parfois il est tout en surface; d'autrefois, il se repartit uniformément dans toute la hauteur du derme.

On a cependant l'impression que cette congestion et cette infiltration des papilles est plus fréquente au-dessous de la petite squame, et sous la partie de la coupe dépourvue de squame, qu'au-dessous de la grande.

Pour la distribution des amas cellulaires dans les régions profondes, on ne peut établir de règle.

Il faut avoir recours à la lecture des coupes en série pour interpréter cette disposition de l'infiltrat :

On voit alors qu'il est localisé autour des vaisseaux qui vont aboutir aux papilles congestionnées et infiltrées, et qu'il apparaît déjà bien en amont de ces papilles. Les flexuosités des vaisseaux cutanés expliquent la disposition irrégulière de l'infiltrat sur chaque figure. Il peut ainsi se faire que, sur telle coupe, le rameau du réseau papillaire, qui passe au-dessous d'une papille congestionnée ou infiltrée, soit normal; en suivant la série, on voit qu'il aboutit à une papille dépourvue de congestion. Inversement, au-dessous de papilles saines, ou seulement œdémateuses, on peut voir un infiltrat épais, au niveau du réseau papillaire, ou dans la profondeur du derme.

Les lésions du réseau élastique sont distribuées beaucoup plus

régulièrement. Les fibres élastiques sont à peu près entièrement résorbées, dans le corps papillaire, vers le centre de la grande squame. Le réseau est pauvre au-dessous de la petite squame et dans la région non squameuse. Il est peu marqué d'ailleurs sur toute la hauteur du derme. L'absence de peau saine empêche d'affirmer qu'il soit lésé sur toute cette épaisseur.

Ni élastine, ni collacine, ni collastine.

De FORTS GROSSISSEMENTS font voir que les lésions de l'épiderme sont moins légères que ne paraît l'indiquer cette vue d'ensemble. Ils permettent enfin de préciser la nature de l'infiltrat. Je vais étudier séparément chaque couche de la peau, je verrai enfin les lésions des follicules sébacés et sudoripares.

La squame et le stratum corneum. — Les deux squames ont la même structure : elles paraissent par places constituées par un nombre variable (4 à 5 au plus) d'assises cornées superposées, présentant chacune l'épaisseur d'un stratum corneum normal, et conservant une certaine indépendance.

En réalité, elles sont composées d'une masse de lamelles cornées qui n'ont entre elles qu'une cohésion imparfaite ; la masse se clive en certains points, mais sur de courts espaces, et toujours sur des plans différents ; si bien qu'on est obligé, si l'on veut interpréter ce feuilletage comme la preuve d'à-coups dans le travail de kératinisation de supposer que ces à-coups ne se font pas uniformément sur toute l'étendue de la région squameuse, mais irrégulièrement et par points isolés. Cette hypothèse concorde d'ailleurs avec ce qui a été dit à propos de l'irrégularité de l'infiltrat, au niveau des papilles.

La kératinisation de ces lamelles est parfaite sur presque toute l'étendue de la squame. Cependant on trouve, çà et là, surtout vers les couches les plus superficielles, des amas de cellules dont les noyaux sont conservés.

En somme, il s'agit d'un stratum corneum épaissi, avec quelques foyers de parakératose.

En suivant la série, on voit que la stratum corneum de la lésion de bordure s'épaissit par place. C'est une squame qui se prépare. La présence à ce niveau de lésions profondes déjà rencontrées au-dessus des squames achevées, rend très vraisemblable cette interprétation indiquée aussi par la clinique.

La graisse cependant en cette zone d'accroissement est encore distribuée normalement dans le stratum corneum, même aux points où il s'épaissit. Sa formation, au contraire, est troublée dans les grandes squames : la couche profonde seule noircit par l'osmium ; les couches moyennes et superficielles restent incolores, et ne prennent ni le rouge Magenta, ni le bleu de Benda. Or on sait que dans une couche cornée épaisse et normale, si la partie moyenne peut ne pas noircir après un séjour insuffisant dans un mélange osmique,

l'osmium doit être précipité dans la couche superficielle, aussi bien que dans la couche profonde.

Le *stratum lucidum* est conservé sur presque toute l'étendue de la squame. Il est marqué par une ligne rouge sur les préparations colorées au picrocarminate d'ammoniaque.

Il n'est cependant pas conservé dans son intégrité; il manque par places, et, en nombre de points, la ligne rouge perd de sa netteté, s'étale et se colore moins vivement.

Le *stratum granulosum* paraît subir les mêmes influences : il renferme des granulations mal colorées, au-dessous des points où le *stratum lucidum* perd sa netteté; il fait défaut aux points où ce dernier manque lui-même.

Corps muqueux. — Dans la zone d'extension peut-être y a-t-il un peu d'hypéracanthose au niveau des bourgeons interpapillaires. Les papilles y sont bien dessinées; la couche germinative a sa forme caractéristique, avec ses cellules verticales. Au sommet des papilles elle n'est séparée du *stratum granulosum* que par deux couches de cellules à grand axe horizontal.

Même aspect à peu de chose près au-dessous de la petite squame. Vers son centre pourtant, les papilles commencent à s'élargir aux dépens des cônes interpapillaires. Cependant, les cellules restent normalement conformées en général et le nombre des assises cellulaires reste normal.

C'est au dessous de la grande squame que les déformations se trouvent au maximum :

Les cônes s'amincissent et leurs cellules s'étirent dans le sens vertical; la partie de l'épiderme qui coiffe la papille distendue par l'œdème ou l'infiltrat, est étirée en sens inverse et sensiblement amincie. La germinative devient méconnaissable : ses cellules s'allongent horizontalement; elles sont souvent dissociées par l'œdème; les ponts qui les unissaient se rompent en partie; ceux qui persistent sont épaissis; la cellule prend un aspect étoilé. Lorsqu'on colore le tissu conjonctif, on voit que cette couche épithéliale est, dans son ensemble, séparée du chorion, auquel elle ne tient plus que par quelques minces fibrilles. On ne peut interpréter cette couche ainsi modifiée, éraillée et décollée, comme une assise moyenne venue au contact du derme par suite de la disparition du *stratum germinativum*, car on trouve dans la couche ainsi modifiée, quelques cellules encore verticales et surtout de nombreuses formes de transition. Il s'agit bien de la germinative, et c'est seulement au tassement qu'il faut attribuer la suppression d'une des assises cellulaires moyennes. On n'en trouve, en effet, plus qu'une entre cette germinative déformée et le *stratum granulosum*.

Sur les pièces fixées à l'alcool, toutes ces cellules réduites de volume, défigurées, ont un noyau contracté; les grains de chromatine y sont tassés; souvent une cavité se dessine autour du noyau. Je n'ai

pu vérifier la présence de ces cavités périnucléaires sur les coupes fixées au formol; elles n'intéressent pas la grande squame.

Mais en dehors de ces altérations grossières, localisées, on trouve, dans la zone d'extension aussi bien qu'au centre de l'élément, et avec tous les procédés de fixation, une lésion plus délicate de l'épithélium. La généralisation de cette lésion ne saurait surprendre, puisque la congestion, l'infiltration et l'œdème dermiques s'étendent aussi à toute la coupe. Elle est cependant à son maximum au-dessous des squames à l'inverse des autres.

Elle est constituée par une altération du cytoplasme, qui prend mal les colorants, d'où une difficulté à voir les limites cellulaires et les ponts qui les relient. Peut-être, même, les contours manquent-ils déjà de précision. Au niveau de la germination, les limites du protoplasma perdent toute netteté; cependant les cellules conservent encore un contour visible, où se voient les déformations mécaniques dont il a été parlé; les bords sont seulement comme estompés. Il en résulte un flou tout particulier dans la limite inférieure du corps de Malpighi.

Cet aspect est extrêmement facile à démontrer en certains points, où, grâce, à la forme arrondie des bourgeons interpapillaires, la coupe arrive à ne renfermer qu'un plan de cellules, ou même des cellules incomplètes. Il est plus visible sur les coupes montées au baume que sur les coupes examinées dans la glycérine où la réfringence du protoplasma compense son peu d'affinité pour les colorants et aide à le définir. Il est surtout apparent avec la fixation à l'alcool et la coloration au bleu polychrome. Les fixations, plus brutales, au formol bichromaté l'atténuent. Enfin avec les colorants plasmatiques énergiques, tels que l'éosine, les contours cellulaires se dessinent mieux, tout en conservant encore un certain flou, au niveau de la germinative. Même remarque avec la coloration au Carbol-méthylgrün-pyronin. Cependant, même avec ce procédé, le protoplasma ne prend pas, comme d'habitude, sa coloration élective rouge vif, renforcée à la périphérie; il ne présente pas sa texture grenue ordinaire; il se colore en teintes plates, uniformes, rouge sombre.

Sur nombre de points, dans la germinative, la déchéance du cytoplasma est plus grave encore; il ne présente plus seulement un contour flou; il est en désintégration complète, le plus souvent, au niveau du pôle inférieur de la cellule; quelquefois même sur son étendue tout entière. On voit çà et là de nombreux noyaux coupés suivant leur plan équatorial, ou un plan voisin, autour desquels il est impossible d'apercevoir autre chose qu'une teinte diffuse à peine visible, et de définir, même avec les mouvements les plus délicats de la vis micrométrique, un contour précis.

Cette lésion se retrouve avec tous les procédés de fixation et de coloration. On l'observe au sommet de quelques papilles fortement

congestionnées de la région dépourvue de squames; elle se trouve, au niveau des squames, aussi bien au sommet des papilles que sur les contours des bourgeons interpapillaires. Elle n'est pas liée absolument à la présence de l'infiltration; nombreux les points où elle existe alors que la papille présente seulement de l'œdème.

Il y a donc usure de l'épithélium au niveau de ses couches inférieures. Cependant, pour les raisons données plus haut, il faut admettre que la germinative déformée, se reconstitue au fur et à mesure, et que l'amincissement des bourgeons et du corps muqueux tient à un tassement, plutôt qu'à la disparition totale de son stratum germinativum.

La basale, bien mise en évidence par les fixations à l'osmium et la coloration au Magenta-Benda, n'est pas détruite partout, même lorsque le corps de Malpighi se sépare presque du chorion; elle ne manque qu'aux points où l'on trouve des cellules entièrement dégénérées.

Il est très rare, au niveau de la grande squame, que des lymphocytes pénètrent entre les cellules de cette germinative disloquée et usée par l'œdème sous-jacent. On se rappelle en effet que l'infiltration des papilles y est exceptionnelle; on n'y trouve le plus souvent que de l'œdème et une prolifération légère des cellules fixes; or l'exocytose doit être, logiquement, fonction de l'infiltration du corps papillaire. Pour cette raison, elle est beaucoup plus fréquente dans la partie de la coupe dépourvue de squames ou à la périphérie de celles-ci.

Elle est toujours discrète et laisse visibles les limites du corps muqueux et du derme infiltré sous jacent. On voit seulement, au-dessus des papilles congestionnées, des leucocytes étirés se glisser entre les cellules épidermiques; parfois même on observe un état spongoïde vrai, avec écartement des cellules, entre lesquelles les leucocytes, plus à l'aise, reprennent leur forme arrondie. Cet état spongoïde remonte parfois jusqu'aux assises supérieures. Fait à noter: c'est au-dessus de ces foyers de spongiose que se trouvent les amas de noyaux les plus profondément situés dans la squame. Les autres amas superficiels, beaucoup plus nombreux, sont probablement autant de vestiges de foyers de spongiose éteints aujourd'hui.

Ceci concorde donc avec la prédominance de la congestion à la périphérie de l'élément pour permettre de considérer la congestion et l'infiltration des papilles comme un processus de début, qui s'accompagnerait de spongiose et de troubles graves de la kératinisation; cette lésion de début disparaîtrait bientôt, faisant place à un simple œdème, accompagné d'altérations sérieuses de la germinative, mais avec kératinisation complète et exagérée.

Je n'ai que peu de choses à dire sur la nature de l'infiltration: elle est peu abondante et composée de cellules rondes et de quelques

cellules allongées, prenant fortement les colorants, dont la filiation avec les polynucléaires ordinaires est facile à suivre. On voit quelques-uns de ceux-ci dans les vaisseaux sanguins; on en surprend parfois en diapédèse à travers les parois des vaisseaux, et parfois même on en trouve un encore reconnaissable, dans le tissu conjonctif périvasculaire. De son noyau trilobé à cette cellule allongée, sans protoplasma visible, qui chemine dans le corps papillaire et le corps muqueux, la distance n'est pas grande. Les mastzellen ne se voient qu'en petit nombre.

Les glandes sudoripares sont normales ainsi que les sébacées. Leur étude ne présente d'intérêt qu'au point de vue des rapports de la squame avec leurs orifices.

La lame cornée envoie, par sa face profonde, un prolongement dans l'évasement du corps muqueux au fond duquel s'abouche le canal sudorifère; celui-ci se continue dans l'épaisseur du bouchon corné par 5 ou 6 spires, puis va s'ouvrir à la surface de la squame, à la manière dont s'ouvrent les sudorifères au niveau des épidermes épais de la main et des doigts. Ce bouchon corné adhère intimement au corps muqueux.

On voit de même une masse cornée dans le collet des glandes sébacées; le poil perfore verticalement cette masse qui obture entièrement son follicule, et traverse les couches superficielles de la squame, sur laquelle il s'implante comme un épiderme sain. Ce bouchon corné, à l'inverse du précédent, n'a aucune adhérence avec les parois de l'infundibulum, et paraît indépendant de la squame. Les lamelles qui le composent semblent former un système autonome qui n'a, avec celui de la squame, qu'un contact accidentel.

Observation IV (V. p. 41).

J'ai pratiqué deux biopsies sur Yvonne X (Obs. IV) au niveau d'une fesse. La première portait sur un élément isolé à squame épaisse; il n'y avait pas de zone chagrinée autour de la squame; la peau était saine, en apparence, au moins. J'ai pris l'élément en entier, avec un peu de la peau voisine. Le second fragment a été prélevé au milieu d'un des deux placards dont la présence établissait un lien entre ce cas et la forme en plaques.

L'étude des deux séries de coupes donne des résultats absolument concordants.

VUE D'ENSEMBLE. — Comme dans le premier cas, il s'agit de squames composées de tissu corné presque normal, reposant sur un épiderme peu modifié.

Au-dessous, le derme est légèrement œdémateux, congestionné, et infiltré par places. Ce qui a été dit de la distribution de l'infiltrat

dermique dans l'observation précédente peut s'appliquer encore ici. La lésion déborde les limites de la squame bien que la peau ait paru saine autour de la squame. Une hyperacanthose moins marquée permet seule de distinguer cette lésion cliniquement invisible de la lésion très apparente qui constitue la zone d'extension de l'observation précédente.

POUR L'ÉTUDE DE DÉTAIL je ne peux que renvoyer à la description de mon premier cas.

La difficulté de colorer les cytoplasmas, le peu de netteté des contours cellulaires au niveau de la germinative se retrouvent encore.

On les observe surtout sur les coupes fixées à l'alcool et montées dans le baume.

Mêmes lésions du corps muqueux correspondant à l'infiltration des papilles : un peu d'exocytose et parfois de spongieuse.

Une seule différence sans importance ; il y a un peu moins de noyaux conservés dans la squame. On peut noter, au niveau des tubes sudorifères, la même disposition que dans l'observation précédente. La squame envoie un bouchon corné qui obture et dilate l'orifice d'abouchement du tube, et adhère fortement au corps muqueux évasé en entonnoir. L'hyperkératose semble donc se produire déjà dans la lumière de la portion terminale du conduit. Au niveau des follicules pileux, au contraire, la squame passe au-dessus de ces orifices, à la manière d'un pont et le nodule de kératose, quand il existe, reste toujours indépendant de cette squame.

2° Parapsoriasis en plaques.

Observation IX (V. p. 55).

La malade de l'observation IX m'a fourni deux pièces qui se rapportent à deux aspects tout différents de la plaque de parapsoriasis.

La première a été prise au niveau d'une efflorescence ancienne, d'aspect atrophique, située à la face externe de la jambe droite ; la surface déprimée était rouge et craquelée.

J'ai prélevé la deuxième à la partie inférieure de la plaque jeune, dont j'ai noté l'évolution à la fin de l'observation IX. Cette plaque n'était pas encore craquelée sur la moitié inférieure de sa surface. Elle datait de trois semaines au maximum.

Sur les deux pièces, j'avais laissé un peu de peau saine, à côté d'un fragment de l'élément éruptif.

Sur les deux séries de coupes, les lésions concordent dans leurs grandes lignes.

VUE D'ENSEMBLE. — L'aspect n'est pas absolument le même que

dans les cas précédents; la squame ne repose plus sur un corps muqueux aminci, mais, au contraire, hypertrophié.

Le chorion présente un œdème peu accusé, et une infiltration capricieusement distribuée. Le réseau élastique s'appauvrit au niveau de la squame.

Ni élacine, ni collacine, ni collestine.

UNE ÉTUDE PLUS DÉTAILLÉE montre des lésions plus importantes, avec des différences légères d'une série à l'autre.

La squame est sur le premier fragment peu adhérente, et composée de cellules ayant conservé leurs noyaux. Le *stratum lucidum* est très visible; le *stratum granulosum*, d'une épaisseur exagérée, comprend trois à quatre assises de cellules bourrées de kératohyaline.

Sur le deuxième, au contraire, la squame, ne renferme aucun noyau; le *stratum lucidum* manque; le *stratum granulosum* n'est représenté que par quelques cellules, très éloignées les unes des autres, et pauvres en granulations.

L'imprégnation par l'osmium est très irrégulière.

Le corps muqueux tout entier est altéré au-dessous de la squame, dans les deux séries, et présente des lésions analogues à celles qui ont été décrites dans les deux premiers cas :

Une différence à signaler, cependant : les cellules prennent fortement les colorants; de plus leur volume est augmenté. Enfin, grâce à cet œdème intracellulaire, ou, peut-être, grâce à la minceur de la squame, les cellules ne sont ni tassées, ni déformées. Si l'on s'en tenait à cet examen, surtout sur la première série, on pourrait croire à un vulgaire séborrhéide.

A cela près, la description des deux observations précédentes peut s'appliquer encore : les cellules bien que mieux colorées, se délimitent difficilement; leurs prolongements protoplasmiques sont peu nets. Les cellules de la germinative présentent au plus haut point cette anomalie. Beaucoup ont, en plus, un contour irrégulier, quelques-unes sont tout à fait tiraillées et déformées, certains noyaux ne sont même plus entourés de protoplasma. Par places l'épiderme est décollé du derme sous-jacent. La basale disparaît au niveau des points les plus altérés. Tous ces détails, ici, encore, sont surtout visibles sur les pièces fixées à l'alcool et colorées au bleu. Les pièces fixées à l'alcool présentent, de plus, une lésion qu'on ne retrouve pas sur les autres et signalée déjà dans les deux premiers cas, une contraction de noyau qui paraît entouré d'un espace clair.

Peu d'exocytose, pas de spongiose.

Au total, on trouve, dans ce cas, un processus de réaction marqué par l'hypertrophie du corps de Malpighi, qui n'a pas encore été rencontré, et des lésions déjà vues d'ordre mécanique, surtout d'ordre dégénératif. Ici encore, toutes ces lésions débordent les limites de la lésion macroscopique, et se retrouvent, quoique à un degré moindre, au niveau de l'épiderme en apparence sain.

Les phénomènes de *réaction* sont surtout marqués dans la première série, les lésions de *dégénérescence* s'observent au maximum sur la deuxième.

Mais, outre ces lésions dégénératives jusqu'ici constatées, il s'en trouve une nouvelle, particulièrement fréquente dans la lésion récente de la deuxième série. C'est une nécrose brutale de certaines cellules de la germinative, ou même de toutes les assises inférieures du corps muqueux. On voit, à l'extrémité de certains bourgeons interpapillaires, en nombre variable, de petits blocs irréguliers, d'une substance homogène et réfringente, qui rappellent, par leurs formes et leurs dimensions, les cellules épithéliales. D'ailleurs, des figures de transition, dues à des dégénérescences incomplètes se retrouvent et entraînent la conviction. Ces blocs prennent fortement l'éosine, et l'acide picrique, un peu l'oréline acide, ils restent incolores par le bleu de Unna et le picro-carmin. Ils sont souvent isolés, mais ils forment aussi, par places, une rangée continue qui rappelle la germinative. Quelquefois, ils s'entassent en plusieurs assises, et représentent la moitié inférieure d'un cône interpapillaire dégénéré en bloc. Immédiatement au-dessus d'eux, la couche épithéliale restée vivante, reprend l'aspect en palissade d'une germinative normale. Parfois ils sont séparés de cette couche néoformée par un pont de tissu conjonctif œdémateux. Souvent même ils sont rejetés plus profondément encore et noyés au milieu d'un tissu conjonctif assez dense qui les enserre.

Même aspect de l'infiltrat que dans les cas précédents.

Les glandes sudoripares m'ont paru intactes.

Je n'ai pas rencontré de poils.

Observation X (V. p. 60).

M^{me} M. (Obs. X) présentait au niveau de la face antérieure du genou droit deux éléments typiques de parapsoriasis en gouttes. Sur tout le reste du corps, l'éruption était faite d'éléments de parapsoriasis en plaques un peu atypiques.

J'ai prélevé et examiné ces deux éléments de *parapsoriasis en gouttes*. Les coupes sont superposables à celles des deux premiers cas. Je ne peux signaler qu'une différence légère : la squame est plus riche en noyaux ; d'autre part, l'osmium la colore plus régulièrement en noir.

J'ai examiné, de même, un élément « *séborrhéiforme de la cuisse*. L'ambiguïté de cette forme (1), enlèverait toute valeur aux résultats de cette étude. Je ne les reproduis pas.

(1) V. Obs. clinique.

Mon dernier examen a porté sur un élément *rouge, saillant, d'aspect pseudo-lichénien, ou chagriné*, situé sur la fesse.

Je devais m'attendre à trouver ici des figures très voisines de celles que j'avais vues au niveau de la bordure de l'élément biopsié, dans l'observation III (1). L'apparence macroscopique était très voisine dans les deux cas; c'était, d'après mon schéma, le même stade. Je n'ai pas été déçu. Les figures sont encore plus caractérisées. Par l'intensité de la réaction malpighienne, elles rappellent, même de très près, à part les nécroses cellulaires brutales absentes ici, les coupes de la première série de l'Obs. IX, que je viens de décrire. Il s'agissait pourtant dans l'Obs. IX d'un élément atrophique, craquelé et à squames minces. N'est-ce pas une preuve de l'unité du processus qui se manifeste toujours dans l'étude histologique en dépit des différences d'aspect macroscopique?

Les noyaux sont conservés dans le stratum corneum. Le stratum granulosum est épaissi. Le corps muqueux est hypertrophié, à un plus haut degré encore; les cônes interpapillaires forment de véritables végétations. Il y a des mitoses nombreuses. Les cellules sont fortement colorées, mais ont un contour flou, surtout au niveau de la germinative, avec un espace clair parfois autour du noyau, même après la fixation au formol. Pas d'exocytose ni de spongiose. La basale est conservée presque partout; elle s'épaissit même comme c'est la règle dans le psoriasis et les séborrhéides psoriasiformes, au niveau des bourgeons interpapillaires.

Le derme est à peine œdématié et congestionné. L'infiltration périvasculaire reste toujours du même type.

Au total on voit que les phénomènes de réaction sont plus marqués encore que dans l'Obs. IX.

A noter la présence de spores de Malassez dans la couche cornée parakératosique. Je n'en ai point trouvé dans les autres cas, et les autres séries de cette observation.

Il me semble, en comparant ces résultats qu'il est possible de schématiser comme suit la lésion du parapsoriasis :

1° Une squame plus ou moins épaisse de tissu corné, à évolution plus ou moins parfaite, sans nids leucocytaires;

2° Un corps muqueux plus ou moins altéré, présentant en des combinaisons variables des lésions de réaction et de dégénérescence, dont une constante : l'usure et la désintégration de la germinative. L'œdème intercellulaire, et l'exo-

(1) § I du présent chapitre, p. 87.

cytose ne paraissent être que des altérations accessoires et passagères ;

3° Un derme sillonné de vaisseaux congestionnés, et entourés d'une gangue inflammatoire peu épaisse. Ces vaisseaux vont s'épanouir, comme au hasard, avec leur atmosphère de cellules d'inflammation, dans certaines papilles. Ces papilles infiltrées sont plus nombreuses dans la zone d'accroissement qu'au centre de l'efflorescence. Infiltrées ou non, toutes les papilles du centre de l'élément éruptif sont distendues par de l'œdème ; les fibres élastiques y sont dissociées, et diminuées de nombre ; les cellules fixes s'y multiplient ;

4° La couche germinative, au contact de ce derme imbibé de liquides toxiques, d'abord tirillée et disloquée, puis digérée en partie, ou, parfois, nécrosée brusquement, se décolle souvent du derme sous-jacent. La basale cependant persiste sur la plupart des points ;

5° Enfin, la limite du derme et de l'épiderme reste toujours nette, car l'infiltrat, du corps papillaire est très discret et n'envahit presque jamais le corps muqueux ;

6° Il est remarquable que ces lésions conjonctives débordent toujours les limites apparentes de l'élément éruptif ;

7° Il est vraisemblable que la marche de la lésion se fait par à-coups. Celle-ci envahit la peau papille par papille, mais capricieusement ; elle semble revenir parfois en arrière, et frapper de nouveau çà et là une papille au centre de l'efflorescence, pendant qu'elle s'étale à la périphérie.

8° Le processus ramené à ses termes essentiels paraît comprendre deux étapes. A chacune d'elles correspond une lésion différente.

D'abord congestion et infiltration de la papille, avec spongieuse légère et kératinisation imparfaite.

Puis la congestion et l'infiltration disparaissent rapide-

ment, laissant après elle de l'œdème de la papille, et une lésion grave de la germinative. La spongieuse et l'exocytose disparaissent aussi. La kératinisation qui n'est plus gênée par l'œdème intercellulaire s'achève à peu près, mais la fonction reste déviée et aboutit à l'hyperkératose.

Il est possible aussi que cette surproduction cornée réponde seulement au travail de régénération auquel est soumis le corps muqueux, constamment érodé au niveau de sa germinative, qu'il doit reconstituer sans cesse.

§ II.

Vue d'ensemble et formes cliniques.

Il n'est pas impossible d'isoler dans cet ensemble, les traits qui doivent, plus spécialement, se rapporter à chacun des deux stades que nous montre l'évolution clinique, et d'en construire artificiellement deux figures histologiques qui pourraient se superposer aux deux formes macroscopiques.

Des papilles allongées, congestionnées et œdémateuses — un corps muqueux en hypéracanthose, avec un peu d'œdème intra et inter-cellulaire et un peu d'exocytose. — Des troubles de kératinisation aboutissant à la production d'une couche cornée plus ou moins épaisse, inégale, présentant par places de la parakératose nette.

C'est le premier stade, qui correspond à l'aspect *pseudo-lichénien* de la tache éruptive. Il est marqué par une réaction épidermique. L'aspect clinique ne différerait pas beaucoup de celui de certaines séborrhéides sporiasiformes. L'aspect histologique s'en rapproche plus encore.

Des papilles écrasées, élargies avec un squelette conjonctif très lâche et un réseau élastique raréfié. Une papille ou deux, çà et là, congestionnées et légèrement infiltrées de cellules.

Des bourgeons interpapillaires, étirés, effilés.

Une couche germinative absente, ou déformée et méconnaissable.

Un corps muqueux d'une minceur anormale.

Des troubles de kératinisation aboutissant à un épaissement démesuré du stratum corneum, qui forme une squame épaisse, compacte, presque sans noyaux.

C'est le deuxième stade, où l'épiderme dégénère, celui de la squame constituée ; la forme adulte, et la plus caractéristique.

Il est facile de résumer en deux mots, avec ces deux schémas, le tableau histologique des deux formes cliniques en *gouttes* et en *plaques*.

a) La première est faite avant tout d'éléments recouverts d'une squame épaisse ; c'est le deuxième schéma qui domine. On le trouve seul, comme dans l'Obs. IV ; ou combiné au premier comme dans l'Obs. III, si l'on choisit un élément incomplètement développé. Même dans ce cas, c'est la squame posée à plat sur un corps muqueux aminci qui domine encore la scène. Les autres lésions sont reléguées aux deux extrémités de la coupe. Elles sont très atténuées. On les sent sans importance, provisoires, et destinées à céder bientôt la place à la figure plus caractérisée qu'on voit à côté.

b) La squame perd de son importance dans le parapsoriasis en plaques. Mais si l'examen clinique donne le premier rang aux phénomènes conjonctivo-vasculaires, l'histologie ne leur laisse pas cette priorité ; car elle met en valeur des lésions épidermiques que l'œil était incapable de percevoir ; et pour être moins graves que dans l'autre forme, elles n'en sont pas moins importantes. Ce sont les mêmes qui occupaient, sur la figure précédente, les extrémités de la coupe ; mais elles sont ici très visibles ; elles frappent, on les sent durables. L'hypéracanthose indique nettement la tache, et en mar-

que le contour par un ressaut. Au-dessous, les lésions vasculaires diffusent un peu dans la peau saine, mais il n'y a plus d'ambiguïté sur les limites réelles de l'élément; elles se marquent en relief grâce à l'hypéracanthose. L'aspect atrophique de la plaque ne change rien à cet aspect. On voit un corps muqueux subitement épaissi, qui s'enfonce un peu dans un corps papillaire lâche. Il n'y a plus de ressaut à la surface cutanée; on le retrouve toujours à la face profonde du corps muqueux.

La couche cornée, en revanche, ne forme que des squames insignifiantes du type parakératosique. Peut-être en cas d'invasion brutale, ou au début d'un élément, peut-elle prendre le type de la squame du psoriasis en gouttes. L'Obs. IX en fournit un exemple. Il est probable que cet aspect n'est que passager et que l'élément retourne ensuite au type habituel; de même que dans la forme précédente, la réaction épithéliale disparaissait rapidement, pour faire place à la squame.

Les mêmes raisons qui m'ont empêché de donner une description clinique du type lichénoïde m'arrêtent ici. Je me borne à dépeindre ce que j'ai vu, en essayant de l'interpréter. Je reviendrai plus loin sur cette question du parapsoriasis lichénoïde. Je l'envisage aujourd'hui sous un angle où son importance paraît diminuée. Si l'on veut bien me suivre jusqu'au bout, on trouvera, je l'espère, qu'une description particulière de cette forme n'était peut-être pas indispensable.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

J'ai essayé de caractériser aussi nettement que possible le parapsoriasis dans le domaine de la clinique et de l'histologie. Je n'ai rencontré pour faciliter ma tâche, aucun trait bien accentué, aucun contour bien ferme. Ma symptomatologie anatomo-clinique est tout en demi-teintes. Je serai donc obligé de m'étendre un peu sur ce chapitre de diagnostic. Le tableau que j'ai tracé me paraît cependant suffisamment arrêté dans ses détails, pour pouvoir exclure toute incertitude. A défaut d'un signe pathognomonique, l'ensemble des caractères permettra toujours de se prononcer.

Je veux rester ici dans la réalité de la pratique. Je renvoie plus loin les discussions délicates auxquelles peuvent prêter un petit nombre de cas ambigus observés par certains auteurs et rangés par quelques-uns dans le parapsoriasis. J'étudierai chacun de ces cas en particulier; plusieurs, je crois, seront à rejeter. J'en laisserai un certain nombre à côté des miens. j'apporterai toujours à l'appui de ma décision, les raisons qui m'auront paru convaincantes. On n'y trouvera pas d'éléments nouveaux du diagnostic. J'appliquerai seulement à d'autres cas les arguments dont je me sers dans ce chapitre pour des faits que j'ai pu observer moi-même, et que l'on est exposé à rencontrer fréquemment.

Je n'ai pas cru devoir insister sur les difficultés, imaginaires, à mon avis, que pourrait présenter le diagnostic

d'une *éruption syphilitique*, d'un *lichen*, ou d'un *pityriasis rubra*. On a pu parfois songer à ces éruptions avant d'avoir admis l'existence d'une dermatose nouvelle. On les a toujours éliminées rapidement. La confusion n'est pas à craindre entre le parapsoriasis et ces affections dont la figure clinique et histologique se détache toujours en plein relief.

S'il s'agit de la dernière, l'hésitation ne peut être que passagère. L'histologie prononcerait sans appel, en cas de lichen plan. Un examen clinique détaillé; un traitement d'épreuve, et l'examen histologique permettront toujours d'éliminer la syphilis.

Je placerais sur la même ligne le *psoriasis*, et ne m'y arrêterais pas davantage, n'était la consonnance des noms, qui peut faire croire à une parenté plus rapprochée qu'elle n'est en réalité et, aussi, la preuve souvent rencontrée, qu'on ne renferme pas toujours le psoriasis dans ses justes limites. Certaines formes de psoriasis guttata, des formes de début, surtout, présentent il est vrai des squames brunes, presque sans rougeurs sous-jacentes, et distribuée comme au hasard, bien différentes des plaques banales, localisées sur certains sièges d'élection, que l'on trouve dans les formes vulgaires. Mais c'est encore, à l'analyse, un élément de psoriasis : les caractères essentiels sont au complet. Leur absence dans le parapsoriasis en gouttes s'oppose à la confusion qu'on fait souvent des deux dermatoses; et rend aisée la distinction, en dépit d'une apparence générale parfois presque identique.

Le psoriasis est une dermatose caractérisée macroscopiquement par une squame friable que l'ongle réduit en une poussière blanche, et au-dessous de laquelle, on arrive toujours à mettre à nu une surface rouge, lisse, luisante, suintante, qui se recouvre incessamment d'un piqueté rouge et régulier fait d'hémorragies minuscules en « gouttes de rosée ».

Il est aussi bien caractérisé histologiquement :

Au-dessus d'un corps papillaire œdémateux et infiltré de cellules rondes, l'épiderme est en hypéracanthose au niveau des bourgeons interpapillaires, longs, minces, et massués, qui découpent des papilles figurées de même en sens inverse. Au-dessus de ces papilles, le corps muqueux est réduit à deux ou trois assises de cellules malpighiennes, rendues méconnaissables par un œdème intracellulaire énorme. Puis immédiatement au-dessus, et sans transitions, on trouve une couche cornée incomplètement kératinisée, d'une épaisseur variable, où tous les noyaux sont conservés. Elle constitue la squame friable qui fait sous l'ongle la « tache de bougie. »

Rien de semblable dans les types les plus psoriasiformes de parapsoriasis :

La squame est sans noyaux.

Les couches intermédiaires sont encore très reconnaissables.

Le corps muqueux est aminci dans l'ensemble.

Les bourgeons interpapillaires sont étirés, amincis.

Les papilles sont élargies plus qu'allongées; sans congestion intense; et toujours protégées par une calotte épithéliale qui les sépare de la squame, et les protège contre les traumatismes.

La comparaison de ces deux figures histologiques rend compte des différences cliniques :

Il faut, dans le parapsoriasis un grattage brutal pour venir, çà et là, aux points les plus traumatisés, léser quelques papilles à travers un corps muqueux encore résistant, en dépit de quelques lésions légères de ses cellules. Ce ne sera jamais qu'une excoriation banale.

Dans le psoriasis, au contraire, le sommet des papilles est à fleur de peau. Elles seront toutes décapitées, si la pel-

licule de cellules dégénérées qui les recouvre vient à tomber. Or elle est sans adhérences. Un coup d'ongle la détache d'un bloc ; et voici le sommet des papilles dénudé et saignant en nappe. C'est la rosée sanglante.

Je crois donc qu'autant qu'on s'en tiendra à cette double définition, clinique et histologique, du psoriasis, une erreur sera impossible.

Elle sera plus difficile à éviter avec certaines éruptions de *séborrhéides* et le *pityriasis* rosé de Gibert.

On observe souvent, au printemps, des poussées, aiguës et généralisées de *séborrhéides*, composées de petites taches, arrondies en ovales, roses, finement squameuses, qui simulent le parapsoriasis en gouttes à ses débuts. Un examen incomplet aurait pu faire ranger dans cette catégorie, l'éruption de l'observation III. Le diagnostic ne présente cependant pas de trop grandes difficultés. L'évolution est différente. Elle est aiguë dans les *séborrhéides* ; en général ces éruptions de printemps persistent peu, elles s'atténuent assez rapidement sous l'influence du traitement, et la difficulté irait alors plutôt à les distinguer d'un simple *pityriasis* rosé. Elles sont parfois plus tenaces ; mais alors les macules se multiplient, envahissent le visage, s'accroissent, arrivent à se toucher, se fusionnent, forment des placards figurés, et l'on marche rapidement vers les *pityriasis* rubras, ou les dermatites exfoliatives. Dans ce cas, comme dans le précédent, le cachet d'acuité se trouve toujours, et éloigne du parapsoriasis dont les allures lentes sont au contraire si remarquables.

L'erreur n'est donc possible qu'à un premier examen. Encore peut-on l'éviter par une analyse attentive. C'est toujours avec le parapsoriasis en gouttes qu'elle serait possible ; la forme en plaques, avec ses larges taches luisantes, craquelées, souvent atrophiques, et ses macules brunes, ne

peut faire question. La squame large, plate, facile à détacher, en pain à cacheter du parapsoriasis en gouttes permettra toujours le diagnostic. Elle existe toujours sur quelque élément; on ne peut manquer de la trouver. A son défaut d'ailleurs, le toucher moins rugueux des macules, la présence de cicatricules atrophiques qui persistent quelque temps après la disparition de l'efflorescence du parapsoriasis, pourraient encore renseigner.

L'histologie reste enfin comme dernière ressource. Les indications qu'elle fournit ne sont pas négligeables.

Dans la séborrhéide la plus sèche, comme l'a montré M. Sabouraud, la squame est imbibée de sérosité et bourrée de noyaux de polynucléaires; le corps muqueux présente de nombreux foyers de spongieuse et une exocytose énorme et généralisée. Cependant, la germinative n'est érodée que sur des étendues très restreintes. La limite du corps muqueux et du derme est comme masquée par les infiltrats du corps papillaire qui arrivent au contact du corps muqueux, et l'envahissent en grand nombre. Dans le chorion, ces infiltrats sont disposés autour des vaisseaux autrement que ceux du parapsoriasis : ils sont à la fois plus considérables et moins denses; les cellules en sont moins tassées; elles nagent dans un œdème très apparent, qui refoule les faisceaux fibreux, et semble creuser dans le derme, un lit disproportionné aux dimensions du vaisseau enflammé.

On peut enfin peut-être décrire encore un autre caractère aux séborrhéides; il m'a paru constant dans toutes les coupes que j'ai examinées, et éloignerait encore la séborrhéide du parapsoriasis. C'est une abondance considérable de polynucléaires neutrophiles dans l'infiltrat périvasculaire et le vaisseau lui-même, où ils peuvent arriver à rappeler une embolie leucocytaire. Je n'en n'ai jamais trouvé un aussi grand nombre

dans les dermatoses les plus suintantes. C'est à cet apport considérable de leucocytes que paraissent être liées l'exocytose considérable et constante, et la présence de leucocytes dans la squame.

Le même faisceau d'arguments peut intervenir s'il s'agit de distinguer un parapsoriasis en gouttes d'un *pityriasis rosé de Gibert*. L'évolution est encore plus rapide dans ce dernier que dans les séborrhéïdes ; il est rare qu'au bout de trois semaines, l'éruption n'ait pas disparu. Un doute ne pourrait donc persister longtemps.

L'apparence de l'éruption est d'ailleurs souvent bien différente : Dans le pityriasis rosé la tache primitive, énorme, et d'autres taches plus anciennes contrastent par leurs dimensions avec les efflorescences récentes. Dans le parapsoriasis, les taches sont à peu près de même taille.

Il y a bien parfois dans le pityriasis quelques éléments assez analogues à ceux du parapsoriasis en gouttes : une squame centrale, plate, large, parfois soulevée et entourée d'une aréole rouge ou rosée. Mais l'aspect reste cependant différent. Dans le parapsoriasis, la squame est toujours en saillie au-dessus du halo rosé qui l'entoure. Dans le pityriasis, cette squame est comme enfoncée, ou du moins, le cercle rouge est en saillie. C'est l'ébauche d'une forme circinée, à laquelle n'arrive jamais le parapsoriasis en gouttes ; et qu'on retrouve achevée sur nombre d'éléments du pityriasis.

La simple macule érythémato-squameuse du pityriasis a elle-même enfin un aspect particulier : elle est terne ; elle n'a jamais l'apparence luisante qu'on retrouve toujours plus ou moins dans le parapsoriasis. Le toucher enregistre aussi cette différence ; l'efflorescence pityriasique donne au doigt une impression de velouté, de mollesse, beaucoup plus nette que la tache du parapsoriasis.

L'histologie encore explique cette différence ; la macule

du pityriasis, en dépit de son apparence superficielle et de son évolution rapide, est le siège d'une congestion et d'un œdème intenses, plus exagérés encore que l'œdème et la congestion des séborrhéïdes. Même sous la squame parapsoriasiforme, on retrouve dans le pityriasis, cet aspect que n'offre jamais le parapsoriasis. D'ailleurs, la squame elle-même est différente. Elle est soulevée, décollée au centre et paraît former le plafond d'une *bulle histologique*, qui rappellerait l'évolution silencieuse des *vésicules histologiques* de la séborrhéïde.

Le corps muqueux est hypertrophié; les digitations interpapillaires s'exagèrent. Toute confusion est impossible. Ce sont là les trois dermatoses courantes, dont la pensée pourrait faire hésiter devant un parapsoriasis en gouttes. Le parapsoriasis en plaques est suffisamment caractérisé dans son ensemble pour ne pas laisser place à une hésitation de ce genre. M^{me} M... (Obs. X), présentait à la vérité nombre de taches qui, considérées isolément, auraient pu être prises pour des séborrhéïdes. Je ne reviens pas sur ce que j'ai déjà dit à ce sujet. La présence des autres plaques, éloignait toute ambiguïté. Quand on peut juger une éruption sur des efflorescences bien caractérisées et une apparence d'ensemble encore plus remarquable, il est inutile et tout à fait artificiel de n'en considérer qu'un élément douteux pour chercher à le distinguer d'une lésion isolée de telle dermatose voisine, dont les allures générales sont absolument différentes. Discuter les éléments d'un diagnostic entre la plaque de parapsoriasis, et une plaque de séborrhéïdes, c'est faire de l'abstraction pure. Au surplus, le parallèle histologique établi entre les deux dermatoses, à propos de la forme en gouttes vaudrait encore ici.

En dehors de ces cas de pratique journalière, j'ai rencontré, au cours de mon travail, deux affections, que je crois

très rares sous cette forme, et qui simulaient absolument le parapsoriasis. L'histologie seule, dans la première, m'a permis de me prononcer de façon ferme. Je m'arrête sur ces deux faits, en dépit de leur rareté, en raison des difficultés qu'ils présentent.

Observation XVI. — (Résumée).

Il s'agit d'un petit malade de 6 ans 1/2, atteint de mal de Pott, observé par hasard à l'hôpital de Berck en juillet 1903. Il présentait une éruption bizarre qui couvrait le tronc, les membres et le cou. Le visage était indemne ainsi que la paume des mains. J'ai résumé, comme suit, les notes prises au lit du petit malade.

Les éléments assez arrondis ont les dimensions de grosses lentilles, parfois de l'ongle. A la partie supérieure du corps, l'éruption est rose et donne l'impression d'une roséole ou d'une poussée de séborrhéides maculeuses, à peine squameuses. A la partie inférieure, elle se fonce un peu ; sur les jambes et les pieds, il s'agit de squames absolument analogues à celles de Yvonne X... (Obs. IV), brunes, sèches, très adhérentes, et un peu luisantes. L'éruption est très discrète à la face plantaire. On trouve à mi-jambes quelques plaques formées de squames lisses, luisantes polygonales ou carrées, juxtaposées, plus brillantes que les plaques analogues observées dans les observations III, IV et VIII ; elles diffèrent des plaques luisantes des observations VIII et IX, par l'absence de congestion sous-jacente. Un peu plus haut, des plaques analogues, mais congestives, se rapprocheraient davantage de ces dernières. A côté, des éléments isolés, légèrement érythémateux, recouverts d'une squame mince, luisante du même type que les précédentes, mais moins adhérente, font la transition entre les macules érythémateuses du tronc et la squame en pain à cacheter de la face dorsale du pied. C'est semble-t-il un cas remarquable de parapsoriasis en gouttes. Cependant, sur toute l'étendue des membres inférieurs, entre ces éléments, la peau paraît présenter un fond d'ichthyose légère. Sur la jambe droite, même, on ne pourrait plus comme dans l'observation III et IV, comparer la lésion à un placard d'ichthyose enclavé dans la peau saine ; les termes sont renversés ; on croirait bien plutôt à une ichthyose à larges squames qui laisserait sur cette jambe quelques intervalles, où la peau est seulement sèche et légèrement squameuse.

En faveur de cet aspect, quelques réserves s'imposent. Ne pourrait-il y avoir là deux dermatoses superposés : une

ichthyose tout à fait anormale, et une éruption aiguë banale ? Je trouve dans mes notes des arguments en faveur de cette hypothèse.

D'après une lettre du père, la dermatose aurait apparu à l'âge de 4 mois. C'est trop tôt pour une ichthyose vulgaire ; mais il s'agirait ici d'une forme anormale ; la plante des pieds présente quelques squames, et les creux poplités en ont en abondance. On a pu ne remarquer qu'assez tard une malformation congénitale (1), peut-être moins apparente à la naissance qu'aujourd'hui.

D'autre part, au dire de la surveillante, l'enfant présentait à son entrée à l'hôpital trois mois auparavant, un eczéma suintant qui couvrait le cuir chevelu, et s'étendait jusqu'au fond du sillon rétro-auriculaire. L'éruption du corps était à ce moment beaucoup plus rouge. L'hypothèse d'une poussée aiguë de séborrhéides de printemps sur fond d'ichthyose, ou plutôt sur une dermatose squameuse ichthyosiforme congénitale est donc très plausible ; cette éruption se serait eczématisée sur le cuir chevelu et dans le sillon rétro-auriculaire, ainsi qu'il arrive souvent. L'éruption du tronc et des membres persisterait grâce aux irritations permanentes dues au corset plâtré et à une incontinence d'urine, qui se trouve vraisemblablement sous la dépendance de la lésion médullaire.

L'*examen histologique* est décisif, il fait en effet repousser absolument le diagnostic de parapsoriasis.

Un élément de la face dorsale du pied, identique en apparence à ceux de l'observation IV apparaît comme un élément d'ichthyose :

La squame est analogue à celle du parapsoriasis ; c'est

(1) BROCC. Erythrodermie congénitale ichthyosiforme. *Ann. Dermat. et syphilis*, 1902 et LENGLET. *Vue d'ensemble sur quelques dermatoses congénitales*, Th. de Paris, G. Steinheil, 1902.

aussi la forme commune dans l'ichthyose. Les capillaires du réseau sous-papillaire sont encore çà et là entourés d'une gaine d'infiltration; mais cette apparence inflammatoire est constante dans l'ichthyose. L'hésitation s'arrête là. Au-dessous de la squame, le corps muqueux garde son aspect normal; les papilles se dessinent en arceaux réguliers; la germinative est intacte. Il n'y a donc qu'une anomalie de kératinisation et quelques phénomènes inflammatoires sans importance. Il ne s'agit pas de parapsoriasis.

C'est avec le parapsoriasis en plaques que la confusion pouvait s'établir, dans le second cas. Je rapporte plus bas cette observation en détails (Obs. XXIII).

Je la résume ici brièvement.

Observation XXIV (V. p. 00).

Il s'agit d'un homme de 36 ans, couvert d'une éruption bigarrée, faite de plaques érythémato-squameuses, et de macules pigmentées, souvent circinées. Elle date de quatre ans, a été au début prurigineuse, et ne l'est plus aujourd'hui. Les macules brunes sont la forme terminale; la tache érythémato-squameuse est l'élément fondamental de l'éruption. Ces plaques sont identiques, en nombre de points, à celles des observations IX et X. Sur la cuisse gauche, un élément tout à fait différent, très infiltré, recouvert d'un épiderme livide, lisse, luisant, mince, distendu par l'infiltrat sous-jacent, n'est plus du tout dans le plan du parapsoriasis. Quelques taches érythémato-squameuses du type précédent, vues de plus près, reposent également sur un coussinet d'infiltration. Cette apparence est d'ailleurs de courte durée, elle précède en général les altérations de l'épiderme et dure beaucoup moins longtemps.

En somme, il n'y a ici du parapsoriasis que l'apparence. L'élément de début est une papule infiltrée, dont la surface prend rapidement un aspect chagriné; presque immédiatement l'infiltration disparaît; on pourrait alors croire à une plaque de parapsoriasis, si l'attention n'avait pas été attirée sur le stade précédent, dont le « macaron » de la cuisse gau-

che n'est qu'une exagération. Celui-ci en effet n'a duré que quelques jours, et a laissé après lui une plaque pareille aux autres. L'évolution capricieuse de cet infiltrat, les proportions qu'il peut prendre brusquement à certains endroits, pour disparaître tout aussi subitement, font tout naturellement songer à un mycosis à début anormal. La forme circinée des taches pigmentées, un élément récent, éclos au milieu d'une plaque plus ancienne de la fesse droite et formant cocarde, rappellent la tendance du mycosis banal à dessiner, à sa période eczémato-lichénienne, des éruptions figurées, à l'encontre du parapsoriasis qui ne trace jamais que des figures simples (1).

L'examen histologique d'un fragment du macaron de la cuisse est en faveur de ce diagnostic. Aussi profondément qu'on suit les vaisseaux du derme, on les voit entourés d'une formidable gaine d'infiltration cellulaire, qui s'épanouit avec le vaisseau lui-même, au niveau du corps papillaire. Celui-ci est bourré de cellules rondes, sans aucune apparence de dégénérescence ou d'organisation. L'épiderme est distendu, il se colore mal, il présente une exocytose abondante. Dans les régions même où le derme n'est plus infiltré, les couches malpighiennes inférieures sont comme remplacées, sur une certaine étendue, par un infiltrat de cellules rondes, qui épouse la forme des bourgeons épithéliaux qu'il remplace. Cette apparence, au-dessus d'un corps papillaire presque normal, est étrange. Je retrouve de même les cellules malpighiennes remplacées par des cellules rondes dans l'observation XXIII que je considère comme un cas de mycosis. Dire que ces lésions sont caractéristiques du mycosis serait peut-être s'avancer trop ; du moins elles s'y trouvent souvent.

(1) L'apparence circinée se retrouve dans l'observation XI. Pour d'autres raisons M. Brocq déjà la classait à part dans ses psoriasis. Sa place serait-elle à côté de mon Obs. XXIV ? La présence de démangeaisons accentue encore la ressemblance.

Elles me paraissent ici confirmer l'hypothèse émise d'après le simple aspect clinique. Elles permettent, au moins, de repousser le diagnostic de parapsoriasis.

On voit, en somme, qu'un examen clinique minutieux, suffit presque toujours pour reconnaître un parapsoriasis et affirmer ce diagnostic. Le laboratoire n'aura que rarement à intervenir. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que l'observation clinique seule a présidé à la constitution de ce groupe. L'histologie n'est venue qu'après lui apporter quelques éléments nouveaux de précision dans le détail. Son rôle n'est pas à négliger, mais elle ne saurait prétendre à tenir le premier rang. Le parapsoriasis reste du domaine de la pratique dermatologique. On l'y rencontrera quelquefois. Il importe donc de savoir le reconnaître ; ce n'est pas très difficile, et l'on aura ainsi souvent la clé d'un diagnostic embarrassant.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE. TRAITEMENT

Je place cette double rubrique en tête d'un même chapitre. Il sera fort court. Incertitude et impuissance, ces deux mots pourraient le résumer. L'aveu en est pénible, et serait pour humilier, si la dermatologie ne nous avait pas accoutumés hélas ! en maintes autres circonstances à une pareille incertitude et à une égale impuissance.

L'agent immédiat du parapsoriasis nous échappe, ou, pour parler le langage de l'Ecole, sa cause efficiente. Est-elle même unique ? En d'autres termes, le parapsoriasis forme-t-il un genre ou une espèce ? Il est nouveau venu dans la dermatologie, cette question s'est posée pour toutes les dermatoses qui l'ont précédé ; et la réponse n'est pas faite encore pour la plupart. Troubles nerveux, intoxication, irritation banale, ou lésion microbienne, voire spécifique, chacune de ces théories a eu son époque, ses partisans et ses détracteurs. Chacune renferme, assurément, au moins une part de vérité ; il reste encore à trouver, parmi ces facteurs, celui qui demeure constant et nécessaire, pour laisser aux autres, le rôle secondaire, quoique souvent plus apparent, de cause occasionnelle. Seraient-ils à tour de rôle, cause adjuvante et efficiente, sous la dépendance d'une prédisposition qui reste encore à déterminer ? C'est une conception commode, sinon conforme à la réalité, et qui, provisoirement et faute de mieux, devrait rallier les suffrages. Elle ne

fait de la plupart de nos grandes dermatoses, que des syndromes anatomo-cliniques, où l'avenir isolera peut-être plusieurs espèces, à moins qu'il n'y découvre enfin une unité spécifique, que l'on a jusqu'ici cherchée en vain.

Faut-il envisager de même le parapsoriasis ? Rien ne permet encore de le prévoir ; et l'on n'aurait pour s'y déterminer, qu'un raisonnement par analogie, et un calcul de probabilité. Cependant, nous ne trouvons pas, dans son étiologie, ce bariolage d'influences diverses, que nous offrent à un si curieux degré, l'eczéma, le psoriasis ou les séborrhéïdes par exemple. L'éruption débute lentement, survient en pleine santé, en apparence au moins, et l'affection suit son cours uniforme, sans relation visible avec aucune des causes extérieures qui régissent d'ordinaire l'évolution, la guérison et les rechutes des dermatoses banales. A la vérité, je relève quatre fois une influence saisonnière ; elle s'exerce en sens contraire : dans deux cas il y a une rémission estivale (Obs. V et X). Dans les deux autres cas (Obs. II et VI) c'est en été que se fait la poussée. Il est à noter, cependant, que la rémission est beaucoup moins nettement indiquée dans ces deux dernières observations. S'agit-il de vraies rechutes ? s'agit-il seulement d'une différence de coloration, mal observée par des malades peu soigneux, et due à l'influence de troubles vaso-moteurs exagérés, suivant des prédispositions individuelles, par la chaleur ou par le froid ? Les malades qui s'observent accusent nettement cette influence, et les plus nerveux lui attribuent, encore quelques sensations légères de cuissons ou de démangeaisons. Un écart de régime, l'apparition des règles, les grossesses possèdent le même pouvoir. Il est toujours très effacé. Il n'y a rien là qui rappelle, par exemple, l'invasion brutale d'une poussée d'eczéma à la suite d'une imprudence dans le régime alimentaire.

Deux malades attribuent pourtant à leur éruption ce début dramatique ; elle serait survenue chez l'un à la suite d'une peur (Obs. II), et chez l'autre à l'occasion d'une période menstruelle troublée, en dépit d'un bain de pieds très chaud, impuissant à ramener un écoulement sanguin normal (Obs. VIII). Cette double pathogénie, vérifiée quelquefois, est par ailleurs l'objet d'un préjugé tellement répandu, en matière de pathologie cutanée surtout, qu'on ne saurait être trop prudent dans l'accueil à faire à un renseignement de ce genre. Je n'ai pas vu le sujet de l'observation II ; M^{me} P... (Obs. VIII) s'observait assez mal pour que son témoignage soit mis en doute. Un pareil début est tout à fait en dehors des habitudes du parapsoriasis ; et si l'ordre chronologique relaté par les deux malades est vrai, la déduction pathogénique qu'ils en tirent me paraît assez aventureuse. Je la rejette pour ma part.

L'évolution éloigne donc, il me semble, l'idée d'un syndrome banal. Les rechutes saisonnières, même, restent un argument sans valeur dans un sens ou dans l'autre. On les retrouve également dans des dermatoses pourvues de la plus haute spécificité, comme le lupus, et dans d'autres probablement très banales, comme les séborrhéides.

Je ne puis aller plus loin que cette simple constatation et je n'aurais en faveur de l'unité spécifique du parapsoriasis que des arguments négatifs, c'est-à-dire de valeur plus que médiocre, si je n'en trouvais un autre dans l'étude du terrain. Il est discutable ; on pourra le trouver sans portée. Il me paraît valoir d'être signalé.

A défaut de causes efficientes ou occasionnelles apparentes, les conditions d'âge, de sexe, les maladies ou les prédispositions acquises ou transmises héréditairement qui constituent d'ordinaire le terrain où se développe une maladie, s'indiquent ici avec une précision remarquable.

L'AGE reste compris dans les limites de l'enfance et de la jeunesse dans le cas de *parapsoriasis en gouttes* ; il apparaît à 6 ans environ (Obs. IV), à 8 ans (Obs. II), à 21 ans (Obs. III), à 26 ans (Obs. I).

La *forme en plaques* conserve encore une prédilection pour la jeunesse : elle débute dans la première enfance (Obs. X et XV), à 16 ans (Obs. VII), avant 13 ans (Obs. VI), à 16 ans (Obs. IX). Elle atteint cependant la malade de l'observation V à 46 ans et M^{me} P... (Obs. VIII) à 47 ans.

La *forme lichénoïde* est celle de l'âge mûr et de la vieillesse : à 31 ans (Obs. XII), 39 ans (Obs. XIV), 67 ans (Obs. XIII).

Le sexe féminin paraît plus particulièrement frappé : il l'est exactement dans le rapport de 2/3 : 3 fois sur 5 dans la forme en gouttes ; 5 fois sur 7 dans la forme en plaques ; 2 fois sur 3 dans la forme lichénoïde.

Le rapport devient un peu plus faible, si l'on fait intervenir l'observation XI. Je rappelle qu'elle me paraît douteuse.

Le dépouillement de mes observations 1, me fournit encore une troisième notion qui achève de préciser et restreint singulièrement, si elle est exacte, les conditions de développement du parapsoriasis. Cette dermatose n'aurait pas seulement une préférence pour les sujets jeunes et le sexe féminin ; il semblerait bien qu'elle ne puisse se développer que **SUR TERRAIN TUBERCULEUX**.

Le bilan pathologique de mes malades est en général peu chargé : la syphilis n'apparaît que dans un cinquième des cas (2) ; quelques autres maladies sans importance ne peuvent retenir l'attention. *En revanche, je trouve tous mes malades entachés ou suspects de tuberculose :*

1 La plupart des autres ne relatent pas les antécédents des malades ou s'y arrêtent à peine.

(2) On trouve le rapport encore plus faible 2/15, si l'on fait intervenir les 15 observations que j'ai réunies. On peut compter qu'en raison des difficultés du diagnostic, un antécédent de la valeur d'une syphilis est toujours relaté, quand il existe.

Je passe, si l'on veut, l'observation III où je n'ai noté que « l'aspect malingre et chétif d'un candidat à la tuberculose ». Mais la mère d'Yvonne X (Obs. IV), toujours malade, et « morte jeune » présentait au cou des cicatrices d'adénite tuberculeuse suppurée. M^{me} P. (Obs. VIII) en présentait une elle-même; et un de ses enfants a eu une coxalgie. M^{me} B. (Obs. IX) « a gardé le lit, il y a quatre ou cinq ans, pendant trois mois pour une forte bronchite ». De même, M^{me} M. (Obs. X) dans son enfance « a gardé le lit longtemps, à l'occasion d'une forte congestion pulmonaire, qui l'a laissée ensuite délicate pendant plusieurs mois ». Et je laisse de côté le souvenir de deux enfants morts peut-être de méningite tuberculeuse; on pourrait, sans parler d'une erreur possible de diagnostic, invoquer une hérédité paternelle syphilitique ou tuberculeuse.

M'accusera-t-on de donner trop d'importance à des faits qui n'en ont pas, et d'être trop enclin à voir la trace du bacille de Koch où il n'a que faire? Il faut convenir, au moins, que c'est aujourd'hui un mouvement général, et que je suis une voie tracée par les plus hautes autorités. Je me sens fort de cet exemple; mais j'avoue que la preuve reste difficile à faire. [On peut me reprocher cette tendance; j'accepte le reproche; mais je proteste à l'avance contre celui qu'on pourrait me faire d'avoir recherché de propos délibéré ces faits pour les interpréter dans ce sens.

Mes cinq observations s'échelonnent sur une période de trois ans. Je les compare aujourd'hui seulement; et c'est pour moi une surprise de trouver cette unité de terrain, que je n'avais pas soupçonnée. L'importance, d'ailleurs, en est discutable encore. Les chiffres ont une éloquence qu'il n'est pas toujours aisé d'entendre. Si l'on tient compte du nombre infime de mes observations, des limites fort vastes dans lesquelles je reste, pour porter le diagnostic de tuberculose,

et, enfin, du pourcentage global énorme, et bien difficile à établir, que présenterait l'infection tuberculeuse ainsi comprise, on peut trouver sans grande signification les chiffres que j'apporte.

Il est difficile, d'autre part, de n'en être pas frappé après avoir lu les trois observations que je vais rapporter plus bas ; et de n'être pas tenté de voir dans cette infection tuberculeuse, non plus une cause adjuvante, un facteur de moindre résistance, comme on pourrait le croire encore d'après ces cinq premiers cas, mais la cause nécessaire et l'agent direct du parapsoriasis.

Je ne conclus pas, faute d'une expérience assez étendue. J'ai annoncé en commençant que je n'avais d'autre prétention que de présenter un recueil de faits. S'il m'est donné par la suite d'en rencontrer un assez grand nombre, je pourrai peut-être les coordonner mieux et arriver à une conclusion. Elle serait maintenant, prématurée.

*
* *

J'emprunte au mémoire si souvent cité, les quelques lignes qui concernent le traitement de cette affection rebelle, pour ne pas dire incurable.

« Au point de vue de la médication, ce qui domine dans
« l'histoire de ces affections, c'est la difficulté que l'on a à
« les modifier.

« Comme traitement interne nous n'avons vu jusqu'ici
« réussir que le cacodylate de soude. Chez la malade qui
« fait que l'objet de l'observation III, cet effet heureux du
« cacodylate a été éclatant.

« Comme traitement local, nous avons obtenu quelques
« résultats avec les divers glycérolés, en particulier avec les
« glycérolés à l'acide salicylique et à l'acide tartrique. Mais

« le topique qui nous a paru de beaucoup le plus énergique
« ç'a été incontestablement l'acide pyrogallique en pommade
« au 10°, additionné de 1/40 d'acide salicylique.

« Nous employons des onctions matin et soir avec cette
« pommade, jusqu'à ce que nous obtenions des effets irri-
« tants du côté de la peau, ou jusqu'à ce que la coloration
« des urines, qu'il faut surveiller constamment, nous indique
« que le malade arrive à la limite de la tolérance.

« Nous en suspendons alors l'emploi, nous calmons les
« téguments avec du simple cérat frais sans eau, puis nous
« recommençons la pommade salicylée pyrogallée, et ainsi
« de suite jusqu'à disparition totale de l'éruption. Celle-ci
« ne s'efface que très lentement, malgré l'énergie réelle de
« cette médication. C'est là, comme nous l'avons longue-
« ment établi, l'un des grands caractères distinctifs de ce
« groupe morbide. »

J'ajoute seulement que j'ai cru obtenir un succès avec l'arsé-
niate de soude à hautes doses (0,02 centigrammes et 0,04 cen-
tigrammes par jour, jusqu'aux premiers phénomènes d'intoxi-
cation) et par une cure thermale à la Bourboule. Il n'y a
rien là qui puisse surprendre, après les excellents résultats
donnés par le cacodylate de soude (Obs. II). Les injections
de ce médicament ne paraissent pas, en général, en derma-
tologie bien supérieures à l'antique manière d'administrer
l'arsenic. Nous avons rajeuni la méthode; nous n'avons pas
un agent thérapeutique nouveau. On a paru l'oublier souvent.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

J'ai voulu dans cette partie, réunir trois observations que j'ai rencontrées coup sur coup au moment où j'allais rassembler les cinq premières (1). J'hésite encore à les identifier aux autres. Des différences assez importantes les séparent.

Les conditions dans lesquelles elles se sont présentées rendent pourtant cette assimilation bien tentante.

Je sépare encore, et pour les mêmes raisons que j'ai déjà données, mes observations cliniques et ma description histologique.

§ 1. — **Faits cliniques.**

Observation XVII (Personnelle).

A la séance de janvier 1905 de la *Société de Dermatologie* M. le D^r Danlos présenta un malade atteint d'une affection cutanée sur laquelle il n'osait se prononcer.

Les diagnostics de syphilis, et de psoriasis avaient été proposés et rejetés. M. Brocq y vit un cas de parapsoriasis

(1) Quelques semaines plus tard, j'ai probablement trouvé un quatrième cas analogue, dans des circonstances qui ne m'ont pas permis de l'étudier. Un examen minutieux m'a montré une éruption identique à celle de I. L. (Obs. XVIII).

en gouttes. Il voulut bien quelques jours plus tard, me charger de l'étudier. M. Danlos très aimablement m'y autorisa. L'intérêt capital que j'attache à cette observation lui donnera la mesure des remerciements que je lui dois.

A ma grande surprise, je trouvai une éruption qui ne rappelait en rien ce que j'étais accoutumé de regarder comme le parapsoriasis.

Je relevai les notes suivantes :

B. 27 ans, est porteur d'une éruption qui a été considérée par plusieurs médecins, comme de nature syphilitique.

A. H. Son père est bien portant. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Il a un frère et une sœur, qui se sont toujours bien portés :

A. P. Lui-même a toujours joui d'une bonne santé.

H. M. Il est sujet à des poussées fréquentes d'herpès génital. La dernière remonte à dix-huit mois ; elle s'est accompagnée d'une adénite, comme bien d'autres. B. n'y a prêté aucune attention ; il ne croit pas qu'elle ait rien présenté d'anormal dans sa durée et son évolution. Deux mois après, une laryngite persistante, dont l'apparition a coïncidé à peu près avec celle de l'éruption actuelle, suggère l'idée d'une syphilis. Cette laryngite dure six mois. Le malade très impressionnable, très affecté par l'idée qu'il est probablement avarié, perd l'appétit, se plaint de céphalées pénibles, qui affermissent encore le médecin dans son diagnostic de syphilis. En réalité, il s'agissait de céphalées diurnes en casque ; elles s'accompagnaient de rachialgie, de myathénie, et devaient être attribuées vraisemblablement à une neurasthénie, dont le malade présente encore aujourd'hui des signes bien nets.

Le biiodure de Hg, pris à l'intérieur et en injections sous-cutanées, reste sans résultats sur la laryngite et l'éruption. Celle-ci s'est développée peu à peu, et a envahi tout le corps. Elle a des rémissions, s'atténue et reparait plus intense, sans qu'il soit possible de trouver à ces alternatives un rythme régulier. Les écarts de régime sont sans influence ; ainsi que les irritations extérieures. L'état général est excellent. Jamais de démangeaisons. Après un an d'incertitude, B. vient à Saint-Louis. Il veut surtout savoir s'il est vraiment atteint de syphilis.

Etat actuel. — C'est un garçon vigoureux, grand, fortement musclé, avec une tendance à l'obésité. Les cheveux sont noirs et abondants. La peau, blanche, est grasse. Quelques séborrhéides péri-pilaires sur la région médio-thoracique. Au dire du malade, elles y

prennent souvent la forme figurée. Kératose pilaire évoluée aux jambes, et encore en activité sur les cuisses et les bras.

L'éruption laisse libres le visage, les pieds et les mains. Elle est discrète, faite d'éléments peu serrés, rouge fauve, plutôt que rouge, presque toujours disséminés au hasard et sans aucune systématisation. Parfois elle ébauche un groupement en corymbe. Elle est polymorphe, les éléments sont de types différents. La transition des uns aux autres est difficile à retrouver, on la suit cependant. Il y a à la fois des éléments papulo-squameux et des éléments identiques à ceux du parapsoriasis.

De ceux-ci, rien à dire : on trouve la squame caractéristique, d'un brun sale, en pain à cacheter, soulevée parfois par un nodule de kératose, ou perforée par un poil ; à côté c'est l'élément complexe, comprenant la squame centrale, avec son aréole pseudo-lichénienne ; plus loin, c'est une macule érythémato-squameuse, à surface tout entière « chagrinée ».

Çà et là un élément identique, encore, à la vue, mais, au toucher, au contraire, singulièrement infiltré. Il s'agit bien d'une infiltration dermique, et non plus d'une prolifération épithéliale. Elle est plus ou moins accusée.

Ailleurs, l'infiltration s'exagère encore, l'épiderme se distend, et l'on a un élément tout différent : une papule hémisphérique, enchâssée dans la peau, lisse, luisante, dure, jaune plutôt que rouge, presque « sucre d'orge » à la vitro-pressure. Elle est en général de la dimension d'une lentille. Elle est souvent plus grande et se déprime alors presque toujours au centre, ce qui donne à l'élément la forme d'un anneau en saillie. Quelques-unes sont squameuses et présentent, au centre s'il s'agit de petits éléments, à la périphérie, s'il s'agit de papules plus larges et surtout d'éléments circinés, quelques squames très blanches. Le grattage en fait apparaître sur les autres. Ces squames sont fines, minces, soyeuses, faciles à détacher, elles ne rappellent en rien la squame large, épaisse du parapsoriasis adulte, ou la strie blanche, faite de squames invisibles et adhérentes que le grattage produit à la surface de l'élément jeune « pseudo-lichénien ». On n'arrive jamais à produire la rosée sanglante. On provoque seulement, à la longue, une légère excoriation.

S'il fallait faire une comparaison, ces éléments papulo-squameux rappelleraient beaucoup ceux de la syphilis. Le groupement en corymbes, qu'ils présentent parfois n'est pas pour éloigner cette idée. Il est vrai que les macules parapsoriasiformes voisines, la font rejeter absolument.

Ces éléments si disparates s'étagent sur les différentes régions du corps. Par un singulier paradoxe, c'est sur les parties inférieures que siègent ceux qui ne présentent pas d'infiltration.

Sur les *bras* et les *avant-bras*, c'est le type papuleux pur et papulo-squameux qui domine. Ça et là, quelques éléments « chagrinés » mais toujours infiltrés.

Sur le *tronc*, l'infiltration est moindre ; il n'y a plus guère que des taches pseudo-lichéniennes, légèrement surélevées. Ce qui frappe le plus, c'est une tendance des éléments à se grouper, surtout au niveau des flancs, en cercles plus ou moins complets.

Quelques-uns paraissent en voie de disparition ; ils n'ont presque plus l'aspect congestif ; ils sont un peu plus squameux. Quelques taches d'apparence cicatricielle indiquent qu'en ces points, l'évolution est achevée.

Sur les *membres inférieurs* on ne trouve plus qu'une éruption de parapsoriasis des mieux caractérisées : des macules luisantes, chagrinées avec un grain très fin au niveau des cuisses ; presque uniformément lisses à la partie postérieure des jambes, où le tégument tout entier, très variqueux, est un peu infiltré et distendu par l'œdème. Squames en voie d'extension. Squames achevées posées en pain à cacheter, sur la peau saine.

L'état général est excellent, au point de vue organique.

La neurasthénie s'est beaucoup améliorée depuis qu'on a affirmé qu'il ne s'agissait pas de syphilis.

Un peu déconcerté, et très hésitant sur le diagnostic je tenais à montrer de nouveau ce malade à M. Brocq. J'enlevai le jour même par biopsie une des papules infiltrées de l'avant-bras, et je donnai rendez-vous au malade, pour la semaine suivante à l'hôpital Broca.

Nouveau changement à ce troisième examen. L'éruption, même aux jambes, à part un élément ou deux, ne rappelle plus en rien le parapsoriasis. Elle est presque tout entière du type papuleux.

Trois semaines plus tard, les termes sont renversés ; il n'y a plus que quelques papules ; la plupart des éléments sont redevenus des macules parapsoriatiques.

Il est facile d'imaginer l'évolution qui donne lieu à ces modifications d'aspect. Elle doit se faire par poussées subintrantes, d'une durée de trois à quatre semaines. L'élément primitif est une papule très infiltrée. L'épiderme qui la recouvre subit vraisemblablement des troubles de nutrition

importants, qui aboutiront à une desquamation ordonnée suivant un mode un peu spécial, qu'on pourrait appeler parapsoriasique. L'infiltration disparaît d'abord, puis la squame se forme. Celle-ci disparaît à son tour; elle se détache et laisse parfois une cicatrice atrophique. Un nouvel élément paraît à côté, ou le cycle recommence sur place, et l'éruption se renouvelle incessamment, par fractions plus ou moins importantes.

Le malade d'ailleurs confirme absolument cette interprétation.

J'ai suivi B. pendant six mois; ces poussées ont continué sous des applications de pommade pyrogallée très forte. Lors du dernier examen (septembre 1905) l'aspect de l'éruption tout entière était encore d'un parapsoriasis en gouttes.

Une seconde biopsie pratiquée sur un élément absolument parapsoriasiforme, m'a permis d'étudier les lésions à leur déclin et de les comparer, à la fois à la lésion initiale et aux lésions que j'avais trouvées sur mes premiers malades, et que j'ai décrites plus haut.

Observation XVIII (Personnelle).

I. L., jeune femme, de 25 ans, avait été admise à l'hôpital Broca, salle Videl, en décembre 1904, pour un parapsoriasis en gouttes. M. Brocq avait fait exécuter deux moulages de cette éruption, qu'il considérait comme un type caractéristique de l'affection qu'il a décrite.

La malade quitta subitement l'hôpital, après trois semaines de traitement.

Je ne l'avais pas vue à cette époque. Je parvins à la retrouver en mars, et eus une surprise analogue à celle que m'avait procurée l'examen du malade précédent,

A. H. Le père est rhumatisant ; la mère bien portante, ainsi que quatre frères ou sœurs de la malade.

A. P. Celle-ci a eu, dans son enfance, la rougeole et peut-être la fièvre typhoïde. Elle a été réglée pour la première fois à 13 ans ; et l'a toujours été normalement depuis.

Elle a eu une fluxion de poitrine il y a trois ans, avec fièvre intense qui, cependant, ne l'a obligée à garder le lit que onze jours.

Elle a accouché en 1903. L'enfant est bien portant.

H. M. En octobre dernier, elle a été atteinte d'angine pultacée (le pharmacien a constaté des points blancs sur les amygdales) avec fièvre légère, et dysphagie assez pénible. Au bout de huit à dix jours, l'angine avait à peu près disparu et l'éruption actuelle fit son apparition. En un mois elle envahit tout le corps, y compris le visage, et la malade vint à l'hôpital ; elle fut immédiatement admise dans le service de M. Brocq.

Les notes prises à l'entrée, que je retrouve, ne font pas mention de cet envahissement du visage. Il est probable que la malade a assimilé à l'éruption qui couvrait son corps, une éruption papulo-pustuleuse miliaire péri-buccale, dont elle présente encore aujourd'hui quelques éléments.

Elle n'a pas éprouvé de démangeaisons au début ; mais au cours d'une nouvelle angine, qui date de quelques semaines, l'éruption a pris une teinte plus foncée, et un léger prurit a apparu. Cette exacerbation de l'éruption et ce prurit n'ont duré que quelques jours. Actuellement comme au moment de son entrée à l'hôpital. I. L. n'est nullement incommodée par son affection cutanée, qu'elle considère d'ailleurs avec la plus complète indifférence. Elle ne fait d'excès d'aucune sorte et n'a pas observé d'autre poussée que celle dont il vient d'être question. L'état général est resté bon. Aucun malaise d'aucune espèce.

Etat actuel. — I. L. est petite, mais de corpulence normale. Les cheveux sont bruns et très fournis. La peau est blanche, un peu grasse. Pas de kératose pilaire. Un peu d'acroasphyxie. Quelques papulo-pustules miliaires sur le menton.

L'éruption qui a été très abondante, ainsi qu'en témoignent les moulages, est aujourd'hui très discrète, bien que répartie sur tout le corps. Le visage, les mains et les pieds sont seuls épargnés. Les éléments sont éloignés les uns des autres. Ils sont, pour la plupart, de la dimension d'une lentille, ou un peu plus volumineux. Leur coloration va du rose vif au rose pâle, un peu fauve. Ils sont régulièrement arrondis.

Ils se ramènent, un peu schématiquement à 4 types. On passe de l'un à l'autre par des transitions insensibles, et on est amené d'emblée, à supposer qu'ils représentent 4 étapes d'une même lésion ; dont l'une au moins, est parapsoriasisiforme, mais dont deux à coup sûr ne rappellent en rien la dermatose de Brocq.

a) Le premier stade serait constitué par un élément papuleux, assez saillant, quelquefois acuminé; d'un rose vif, d'apparence urticarienne, parfois franchement inflammatoire, à bords flous. Le centre présente souvent une coloration un peu différente, où le rose se mélange de jaune, et qui fait penser à un infiltrat plus superficiel en ce point, ou plutôt à une vésiculette qui s'ébaucherait.

L'épiderme distendu est lisse et luisant, sans un pli.

Une pression un peu forte efface à moitié cette papule; il reste un infiltrat évident. Un grattage brutal enlève un petit lambeau épidermique et met à nu le corps muqueux qui suinte un peu, et parfois saigne légèrement, mais sans rappeler en rien le piqueté hémorragique du psoriasis.

b) L'infiltration et la congestion sont beaucoup moins accusées. L'aspect est moins inflammatoire, la coloration moins rouge, plus jaune, la saillie a presque disparu. En revanche, l'élément s'est élargi un peu.

La couche superficielle de l'épiderme a subi des modifications remarquables. Elle n'est plus mince, lisse, distendue et dépliée par l'infiltrat sous-jacent; elle est comme flétrie, épaissie et villeuse; c'est presque une croûte; on la devine infiltrée de leucocytes et de sérosité. La saillie que fait encore l'élément est due en partie à sa présence. Sur cette matière moins souple qui se plisse mal, le réseau des plis cutanés ne peut pas se dessiner avec la délicatesse qu'il présente sur la peau adjacente; on ne trouve que quelques stries grossières et irrégulièrement entrecroisées.

Les limites de cet élément sont plus nettes que celles du précédent. Les modifications très apparentes de la couche cornée les font ressortir. Cependant, ces altérations grossières ne s'étendent pas jusqu'au bord de l'efflorescence. Autour de la croûte en formation, persiste une aréole rosée, congestive, mal limitée qui garde encore un certain flou. La couche cornée, pour moins lésée, n'y est pas intacte; elle prend un aspect un peu chagriné, mais plus terne, plus velouté que dans le parapsoriasis authentique. Un grattage léger y fait une strie blanche.

Un coup d'ongle violent détache entièrement la croûte incomplète qui caractérise ce stade, beaucoup plus facilement que le lambeau d'épiderme qu'on arrachait au stade précédent. La surface mise à nu est encore suintante, mais elle saigne moins facilement.

c) La saillie a diminué encore, et les dimensions en largeur se sont encore accrues. Les modifications de la couche cornée n'ont pas abouti à la formation d'une croûte; c'est une squame qui s'est produite, mince et souple, où les plis grossiers du stade précédent n'ont plus leur raison d'être. Cependant, si la squame est large, une ou deux cassures s'y indiquent déjà. La surface, au lieu d'être villeuse, est lisse et parfois brillante. La couleur est brun sale. Cette squame se limite nettement par un fin sillon. Au delà, persiste une aréole

rouge et « chagrinée ». Au-dessous de la squame, l'épiderme reste encore un peu suintant.

d) Enfin la zone congestive périphérique a disparu, il ne reste que la squame mince, sèche, plate, unic, posée à plat, en pain à cacheter sur la peau saine, parfois décollée à la périphérie. Elle ne fait plus la moindre saillie. Souvent même elle paraît en retrait, comme si elle recouvrait un tégument atrophie.

Elle est, maintenant, assez difficile à arracher. Au-dessous, l'épiderme paraît presque normal, il est encore un peu rosé, mais ne suinte plus.

Cà et là quelques macules atrophiques, parfois un peu rosées, indiquent probablement qu'une squame s'est détachée spontanément, et que l'évolution de l'élément, en ces points, est achevée.

Ces efflorescences de divers types se répartissent au hasard. Cependant les deux stades terminaux, parapsoriasisiformes, sont beaucoup plus abondants sur les *membres*. Les autres y sont extrêmement rares. On ne les voit avec quelque fréquence qu'au niveau du *tronc*.

On trouve au voisinage des genoux des plaques formées par la réunion de plusieurs squames, identiques aux plaques décrites dans les observations III, IV et VIII.

La malade est mise en observation, de façon à vérifier cette évolution vraisemblable, mais purement hypothétique encore.

Un élément du « premier degré » près du sein gauche, une efflorescence du « second degré » près du milieu de la clavicule gauche; deux autres analogues, sur le flanc droit, sont marqués et surveillés de près.

Quatre jours après, le premier a conservé son même aspect; le second est moins infiltré; les autres ont évolué, ils sont aplatis et recouverts d'une squame; ils sont maintenant du troisième type.

Quatre jours plus tard, le premier a commencé à son tour à se modifier, il est au second stade. Parmi ceux qui étaient du troisième type lors du dernier examen, l'un est guéri et remplacé par une cicatrice atrophique; les autres n'ont pas encore subi de changements.

Quatre jours après, ceux du troisième type ont presque tous achevé leur évolution; ceux du deuxième ont pris la forme squameuse.

La preuve est faite amplement. Il est avéré que nous avons sous les yeux quatre stades successifs d'une même lésion. L'évolution se fait en moyenne en trois ou quatre semaines, au moins pour la poussée actuelle.

J'ai pu, durant cet examen, pratiquer quatre biopsies et prélever un élément du premier degré, deux éléments du deuxième degré, dont l'un était très profondément infiltré, et la squame caractérisée du quatrième.

J'ai observé M^{me} L. pendant plusieurs mois et voulu la soumettre à un traitement par l'arséniate de soude. Elle ne l'a suivi que très

irrégulièrement. Cependant, huit mois après le premier examen, l'éruption était très atténuée et ne présentait que quelques rares éléments psoriasiformes. Je n'ai pas revu la malade depuis, et ignore si elle est guérie ou si, au moins, cette rémission a eu quelque durée.

M^{me} L. a présenté, durant cette période, quelques signes pulmonaires suspects, l'inspiration est rude et l'expiration prolongée au sommet droit en avant. La toux est un peu retentissante. Pas de râles.

Pas d'autres tares organiques.

Observation XIX (Personnelle).

Léon P. 23 ans, comptable, vient consulter pour une plaque rouge, tenace, qu'il présente au genou, et qu'il croit de nature syphilitique.

A. P. Son père est mort d'une maladie de cœur. Sa mère est bien portante habituellement. Elle a gardé cependant, pendant deux ou trois ans, un large ulcère sur une jambe.

Elle avait fait, au début de son mariage, deux fausses couches, puis avait eu, coup sur coup, une fille et deux garçons. Le dernier est Léon P., notre malade. Son frère et sa sœur se sont toujours bien portés.

A. H. Léon P. ne présente lui-même dans ses antécédents qu'une syphilis, contractée il y a trois ans. Il s'est soigné énergiquement, sous la direction de M. Brocq; il a fait déjà une cure d'iodure de plusieurs mois, tout en continuant son traitement mercuriel. Il n'a plus eu d'accident depuis sa roséole.

H. M. Il a découvert par hasard, voici deux ans, sur ses bras quelques éléments de l'éruption qu'il présente encore aujourd'hui. Il a observé, peu après, l'apparition, au niveau du genou gauche, d'un placard qui a persisté depuis et s'est même légèrement élargi. M. Brocq, consulté, ne peut se prononcer sur cette éruption à un premier examen; il ordonne un traitement hydrargyrique plus intensif, et des onctions de pommade à l'oxyde jaune de Hg. Le malade quitte Paris; deux mois après, l'éruption des bras lui paraît guérie. Elle ne s'était pas étendue depuis qu'il l'avait découverte. Les éléments après être restés quelque temps assez rouges avaient pâli, puis disparu. En revanche le placard du genou, dont la teinte s'était atténuée légèrement après un traitement local de trois mois, et un traitement général qui n'a jamais été interrompu, était resté très apparent. Il ne s'est pas modifié sensiblement depuis; deux nouveaux ont apparu à côté.

L. P. revient (mars 1905) consulter au sujet de cette plaque. M. Brocq, qui veut bien me charger de l'examen du malade. Je trouve, outre les plaques qui inquiètent L. P. une éruption, dont il ignorait lui-même l'existence.

C'est, à la couleur près, la même éruption, dit-il, que celle qu'il avait remarquée autrefois sur ses bras, et dont il se croyait guéri. Il est possible qu'elle n'ait jamais disparu entièrement, et qu'il s'agisse là, non d'une rechute, mais de la première éruption elle-même, qui aurait pâli tandis que le malade la croyait disparue.

Etat actuel. — L. P. est un grand jeune homme, pâle, maigre, blond, à peau blanche et légèrement séborrhéique.

L'éruption, à peine visible, n'atteint que les membres; elle respecte le visage, le tronc, les extrémités.

Elle s'accuse plus sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Elle se distribue capricieusement. Cependant, d'une façon générale, elle épargne les plis de flexion et marque une préférence pour la face interne des membres.

Les éléments sont presque tous de la taille d'une lentille environ; leur couleur varie du rose pâle au fauve; ils ont une tendance à se grouper en corymbes; cette figure est parfois très caractérisée, surtout aux bras, où l'on a de véritables placards nummulaires d'éléments presque juxtaposés.

Ceux-ci se ramènent à quatre types, entre lesquels se place une série d'intermédiaires. Les trois placards du genou diffèrent absolument du reste de l'éruption. Il faut les considérer à part, comme constituant une éruption particulière, localisée et de second plan.

Comme dans les observations précédentes, les efflorescences diverses de l'éruption généralisée semblent bien correspondre aux formes diverses d'une même lésion à différents degrés de son évolution.

a) La première serait représentée par une petite papule du volume d'une lentille, peu saillante, hémisphérique, rosée, mal limitée, d'apparence presque urticarienne.

L'épiderme conserve, à la surface, son aspect normal, la tension sous-jacente n'est pas considérable et n'arrive pas à le déplier. Il y a plus que de l'œdème : la pression ne suffit pas à réduire complètement la papule.

Le grattage ne fait pas apparaître de squames et ne peut enlever la couche cornée pour dénuder les plans profonds.

b) La papule s'aplatit et paraît s'élargir; l'infiltration diminue, la rougeur s'efface et l'élément prend une coloration jaunâtre presque sucre d'orge. Le grattage y met en évidence une fine desquamation furfuracée. L'infiltration disparaît.

En revanche, l'épiderme subit des modifications très apparentes; la couche cornée paraît se flétrir; elle s'épaissit un peu et devient plus rigide; le quadrillage normal s'efface et est remplacé par trois ou

quatre stries irrégulières, commandées par les mouvements de flexion que doit effectuer cette pellicule rigide et un peu cassante, placée au-dessus d'un tégument qui a recouvert sa souplesse, avec la disparition de l'infiltrat. Parfois un fin liseré se dessine à la périphérie de l'élément; cette couche cornée va s'éliminer, tout d'une pièce, sous forme de squame arrondie. Si on l'arrache à cette période, on met à nu un derme légèrement suintant.

d) Au quatrième stade, la squame est détachée et soulevée à la périphérie. L'épiderme qu'elle recouvre est presque normal et ne suinte plus. C'est la squame du parapsoriasis arrondie, brune, posée à plat sur la peau saine.

C'est en somme, trait pour trait, la reproduction de l'éruption précédente, où manquerait au deuxième stade, l'apparence croûteuse. L'aspect beaucoup moins inflammatoire de l'élément du premier degré, explique l'absence de cette formation, qui témoignait vraisemblablement, dans l'autre cas, d'une exocytose et d'une exosérose en rapport avec l'inflammation sous-jacente.

A noter encore ici, quelques placards de squames juxtaposées, c'est-à-dire d'éléments complètement évolués, analogues aux placards qu'on a vus dans les observations III et IV; et une disposition beaucoup plus curieuse, qui marque bien l'unité du processus; c'est la présence dans un même groupe en corymbe, à côté des papules initiales qui forment la majorité des éléments, de quelques éléments plus avancés, et arrivés parfois jusqu'à la squame terminale.

Il ne reste que peu de chose à ajouter à propos de la distribution de ces éléments ou de ces placards. Il est à relever que les formes du premier type sont infiniment rares. Comme ce sont les seules qui soient apparentes par leur couleur, on comprend que le malade ait ignoré son éruption pendant deux ans. On ne les trouve que sur les *membres supérieurs*, surtout aux avant-bras. Ici encore, l'éruption paraît presque éteinte sur les *membres inférieurs*. Les jambes sont indemnes, à l'inverse des avant-bras où l'éruption semble en pleine activité.

Sur la face antérieure du genou gauche, un peu au-dessus de la rotule, aux éléments de cette première éruption viennent se joindre les trois macules rouges dont il a été parlé en commençant.

Elles sont d'un rose vif; elles ont un contour irrégulier et assez mal arrêté. Leur surface est un peu luisante. On y trouve l'aspect « chagriné » des plaques de psoriasis, mais au minimum, et sans aucune saillie. Le réseau des plis est seulement un peu moins fin qu'au niveau de la peau adjacente, et les petites aires qu'il découpe sont légèrement brillantes.

Le grattage y dessine de très fines stries blanchâtres.

La plus grande tache a les dimensions d'une pièce de 1 franc.

De part et d'autre, se place une tache analogue, plus petite, qui reste séparée d'elle par un intervalle de peau saine. Celle qui est située en dedans paraît près de se fusionner avec la grande. Celle-ci envoie d'ailleurs, en dehors, un prolongement irrégulier, semblant bien n'être qu'une plaque primitivement distincte, qui serait arrivée à rejoindre la première, et à se confondre avec elle.

Dans le voisinage de ces trois taches, se trouvent des éléments assez ambigus. On pourrait croire à des macules identiques, parfois circonscrites, en voie d'organisation et formées par confluence de macules plus petites. Vus de près, ils apparaissent comme des groupes figurés d'éléments papuleux de la première éruption; les uns au premier stade, les autres déjà squameux. Rien de ce qui a été vu dans l'évolution des éléments de ce type ne permet de supposer que ceux-ci arriveront à former des plaques analogues aux trois macules voisines. Les deux éruptions restent donc juxtaposées, sans aucun trait d'union.

L'examen des organes du malade fait soupçonner une tuberculose en évolution au sommet du poumon gauche. Le murmure vésiculaire est moins fort qu'à droite. L'inspiration est très faible. Cependant, les rapports de timbre, de tonalité, et de durée de l'inspiration à l'expiration restent normaux.

Je prélève un fragment de la grande macule rouge et luisante du genou gauche; et un élément de chaque type de la première éruption.

Je fais au malade une série de dix injections intra-veineuses de 0,01 centigramme de cyanure de Hg; puis lui fais suspendre son traitement anti-syphilitique et le remplace par des cures graduées et intermittentes d'arséniate de soude. Il appliquera sur son éruption la pommade pyrogallée et ichthyolée en usage dans le service, pour les parapsoriasis.

J'ai revu L. P. en septembre 1905.

Les plaques rouges du genou avaient subi quelques modifications. Celle qui était sur le point d'entrer en contact avec la grande était arrivée à la toucher, et lui formait une sorte de prolongement supérieur. En revanche, le prolongement externe que présentait celle-ci s'était détaché et formait une petite plaque indépendante. Il n'y avait pas trace de cicatrice sur le pont de peau saine qui séparait les deux plaques, et qui était autrefois occupé par la lésion.

L'éruption générale s'était modifiée plus encore; sous l'influence de la pommade, elle était entièrement décapée;

mais si la squame n'était plus visible, la papule restait. Si l'on tient compte qu'en mars, les éléments purement squameux étaient en grand nombre, il faut conclure qu'il s'est fait depuis, une nouvelle poussée d'éléments papuleux, surtout au niveau des membres inférieurs, et que l'éruption reste en pleine activité.

Sur les membres inférieurs quelques éléments nouveaux apparaissent, jaunâtres, infiltrés punctiformes et périlaires très voisins des éléments de certains lichens scrofulosorum (1).

§ 2. — Anatomie pathologique.

J'ai suivi pour l'étude histologique de ces trois cas, les mêmes techniques que j'avais employées pour mes premières observations. Les résultats seront donc rigoureusement comparables.

Observation XVII.

L'éruption était polymorphe et a changé plusieurs fois d'aspect général.

J'ai pu faire l'examen microscopique de deux lésions absolument dissemblables, qui représentaient les deux termes extrêmes de la série :

A. Un élément papuleux très infiltré, qui siégeait sur la face antérieure de l'avant-bras droit.

B. Une partie d'un élément parapsoriasiforme, constitué par une large squame plate, lisse, entourée d'une zone rouge, couverte de fines squames furfuracées. Cette zone périphérique présentait quelques points plus rouges, et légèrement infiltrés. C'étaient vraisemblablement autant de foyers où la lésion papuleuse du stade précédent n'était pas encore éteinte, tandis qu'au centre même, elle avait achevé son évolution, et avait été remplacée par la squame.

Le fragment prélevé comprenait une grande partie de la squame

(1) Une lettre de L. P. m'apprend qu'en dépit d'un traitement par l'huile de foie de morue à hautes doses, ordonné après ce dernier examen, l'éruption ne disparaît pas.

centrale; la bordure rouge avec un nodule infiltré; et enfin un peu de peau saine adjacente.

A. PAPULE INFILTRÉE.— Il y a dans le *chorion* au-dessous du corps papillaire, autour du réseau vasculaire horizontal, un infiltrat compact, plus épais au centre qu'à la périphérie. C'est à lui qu'est due l'éminence arrondie dessinée par la papule : on voit qu'il soulève l'épiderme, coiffé d'une squame feuilletée et parakératosique. Cet infiltrat pénètre rarement dans la papille elle-même, pour aller au contact du corps muqueux. Les papilles sont en général seulement distendues par de l'œdème; elles conservent une forme arrondie, en coupole surbaissée. Les fibrilles conjonctives y sont dissociées; et les cellules migratrices abondantes.

Par sa face profonde, la masse d'infiltration, envoie de volumineux prolongements périvasculaires dans l'épaisseur du derme, autour des vaisseaux communicants.

L'étude de ces prolongements permet de se rendre compte de l'architecture de la néoplasie elle-même, et de la distribution de ses différents éléments. C'est toujours une distribution périvasculaire. La cohésion de la masse n'est que fortuite, et due à la richesse vasculaire de la région où elle s'étale. Elle est faite par l'enchevêtrement d'infiltrats cylindriques et centrés toujours par un vaisseau, séparés parfois, encore par une travée conjonctive et quelques fibrilles élastiques. Ce tissu néoformé, en effet, ne détruit pas brutalement les tissus anciens; il les infiltre, les dissocie, et ne les use que lentement. L'élastine est détruite avant le collagène. Elle est attaquée déjà par le seul contact de la sérosité, dans les papilles qui ne sont pas encore envahies par l'infiltrat lui-même. Les fibrilles élastiques y sont en petit nombre et se colorent mal.

Cet infiltrat, qui se distribue comme un syphilome secondaire, présente, par sa structure intime, toutes les apparences du tissu tuberculeux. On y retrouve des cellules épithélioïdes, des cellulés géantes, et des lymphocytes. Par places, les amas épithélioïdes sont même presque complètement caséux. Les éléments histologiques de la tuberculose sont donc au complet. Ils ne se groupent que rarement en follicules classiques, et ceci pourrait d'abord dérouter. On retrouve, cependant, dans la région sous-papillaire, quelques figures qui rappellent le follicule. Il est aisé de se rendre compte à la fois de leur rareté en général, et des raisons de leur présence en certains points. L'étude des prolongements profonds de la néoplasie fournit pour la structure du tissu néoformé, le schéma suivant : au centre, un vaisseau perméable, entouré d'une pluie de lymphocytes; plus en dehors, des cellules épithélioïdes; plus loin encore, quelques-unes de ces cellules épithélioïdes commencent à prendre l'apparence de la cellule géante. C'est la distribution inverse de celle que présente le tubercule élémentaire où le vaisseau central est obstrué. De plus, la matière tuberculeuse, au lieu de s'agglomérer en amas à

progression centrifuge, fuse le long des vaisseaux restés perméables, et s'accroît par l'intérieur, aux dépens des éléments nouveaux que lui fournit ce vaisseau central. On conçoit aisément que la juxtaposition de ces tubercules invertis doive arriver à refaire, sur certaines coupes dans la région sous-papillaire où ils s'enchevêtrent en tous sens, la figure du tubercule normal, centré par des cellules épithélioïdes et géantes, entouré par une couronne de cellules rondes. C'est ce qui arrive, en effet. Mais la couronne est incomplète, faite de foyers isolés, et dont la signification véritable est facile à retrouver. Le follicule est rarement bien caractérisé.

Ce n'est là qu'un schéma général; le processus tuberculeux banal doit intervenir aussi. Tous les vaisseaux, en effet, ne restent pas perméables. Tous ceux qui sont perméables, même, ne sont pas intacts; leur paroi souvent s'épaissit. Quelques-uns enfin ne forment plus que des cordons pleins, composés de cellules presque épithélioïdes, et parfois complètement dégénérées, dont le noyau ne se colore plus. Ils sont entourés de cellules rondes et, sur une coupe transversale, ce foyer d'infiltration reproduit l'aspect du nodule ordinaire de la tuberculose expérimentale. C'est vraisemblablement par ce processus qu'il faut expliquer la formation de nodules complètement caséeux enfermés dans des logettes creusées à même dans le tissu conjonctif du derme, qu'on trouve fréquemment.

M. Darier a bien voulu examiner ces coupes avec moi, il y a reconnu sa sarcoïde, ou plutôt la sarcoïde cutanée de Baeck (1); et je lui dois de savoir que ce tissu tuberculeux, à distribution un peu anormale, qui ne détruit pas, ou ne détruit que lentement les tissus interstitiels, caractérise d'ordinaire les tuberculides.

Il n'y a pas de bacilles de Koch, même dans les nodules les mieux caractérisés.

L'épiderme soulevé et distendu, présente, dans son ensemble, des lésions légères. Les cellules se colorent mal. Elles sont dissociées par de l'œdème. De nombreux leucocytes obstruent les canaux intercellulaires dilatés. Ils vont plus loin, pénétrer entre les lamelles, souvent parakératosiques, qui constituent la squame. La germinative a subi une sorte de fonte: le cytoplasma des cellules en palissade est souvent à peine visible.

Au-dessus des papilles envahies par l'infiltrat, les lésions épithéliales sont beaucoup plus graves. L'épiderme est désorganisé, caséifié, incorporé dans l'infiltrat, qui paraît ainsi s'avancer jusqu'à la face profonde de la squame.

Les couches intermédiaires font défaut.

La couche cornée conserve, en général, ses noyaux.

(1) V. DARIER et ROUSSY. Sarcoïdes sous-cutanées. *Archives de médecine expériment. et d'anatomie pathol.*, janvier 1904, p. 18.

B. Sur nombre de coupes du *second fragment* l'aspect est tout différent. On n'y trouve que les lésions suivantes :

Au centre : une squame épaisse, homogène, bien kératinisée;

Un corps muqueux aminci, avec des foyers d'exocytose et d'exosérose, et des cellules qui se colorent facilement; une germinative méconnaissable et qui paraît comme usée.

De l'œdème du corps papillaire, qui déforme les papilles, en les élargissant et les aplatissant.

Quelques infiltrats péri-vasculaires.

A la périphérie : Une couche cornée un peu épaissie.

Un corps muqueux légèrement hyperacanthosique.

De l'œdème du corps papillaire et des infiltrats périvasculaires plus importants qu'au-dessous de la squame.

On le voit, les coupes sont superposables aux coupes de parapsoriasis vrais.

Il n'est pas rare cependant de trouver une image beaucoup plus intéressante et qui établit nettement la transition entre la précédente et celle que fournissait le fragment A.

C'est encore une figure parapsoriasiforme, comportant au centre la squame, les lésions du corps muqueux et du derme, habituelles du parapsoriasis. Mais, au bord de la coupe qui correspond à la périphérie de l'élément, les infiltrats dermiques deviennent, par places, caractéristiques : ils forment de véritables nodules composés de cellules épithélioïdes et de lymphocytes, centrés par un vaisseau à paroi épaissie, souvent complètement oblitéré et dégénéré. Ces foyers sont rares, et parfois envahis par la sclérose, qui les limite et va les cicatrifier entièrement.

Ils ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Observation XVIII.

J'ai prélevé chez M^{me} I. L., quatre éléments correspondant à trois des types que j'ai décrits comme les principaux chaînons de la série de lésions qui constituait l'éruption. Je les désigne ici par les lettres qui m'ont déjà servi à les classer dans la description clinique.

a) Une papule de début, rouge, infiltrée, sans squame apparente, qui siégeait sur la face antérieure de la cuisse droite.

b) Un élément plus avancé, papulo-croûteux, situé dans la région claviculaire du même côté.

b') Un autre élément analogue, peut-être un peu plus avancé, papulo-squameux plutôt que papulo-croûteux, et cependant beaucoup plus infiltré que les précédents. Il y avait là une apparence para-

doxale, l'infiltration devant diminuer à mesure que l'élément évolue. En réalité, cet état est facile à expliquer, soit par le siège de la papule, qui a été prise dans la région dorso-lombaire, où la peau est déjà normalement très épaisse, soit par une exagération initiale et fortuite du processus au niveau de cet élément.

d) Une efflorescence absolument parapsoriasiforme, constituée par une squame plate, lisse, posée en pain à cacheter sur la peau saine, à la face postérieure de la cuisse droite.

Chacun de ces quatre fragments a été rigoureusement débité en série, et examiné entièrement.

a) Les lésions, à première vue, paraissent complexes et passablement enchevêtrées. Lorsqu'on les étudie en séries, on arrive à les lire aisément ; on se rend compte de leur évolution chronologique en les retrouvant à différents stades sur les diverses coupes, et parfois sur différents points d'une même coupe.

Oedème et infiltration, tels en sont les termes essentiels.

Ils se trouvent dans le corps papillaire et surtout dans l'épiderme, où ils aboutissent à la formation d'une croûte squameuse dont la présence n'étonne qu'à moitié, car l'examen clinique avait déjà permis de la soupçonner.

Le derme paraît intact.

Le corps papillaire est très œdématisé. Quelques papilles distendues en forme de coupes, le sont au point que les colorations de fond ne les teignent pas. Les cellules qu'on y voit paraissent nager dans de la sérosité. Il n'y a plus de fibrillation visible avec les colorations ordinaires. Le réseau élastique cependant persiste, mais s'appauvrit et se colore mal.

A part quelques amas assez rares, il n'y a à peu près pas d'infiltration de cellules rondes dans ce corps papillaire si œdématisé ; comme si le plexus vasculaire n'avait pas eu le temps encore de s'entourer de son atmosphère de lymphocytes. On retrouve souvent des rameaux vasculaires baignant à nu dans l'œdème.

En revanche, toute cette région est semée de polynucléaires plus ou moins étirés et déformés, qui émigrent à travers le tissu conjonctif, pour envahir l'épiderme, où on le retrouvera. Ils émergent parfois d'un vaisseau au sommet de la papille, et n'auront que la basale à traverser ; d'autres fois, ils sortent du plexus sous-papillaire, et devront parcourir tout le corps papillaire.

L'épiderme, lui aussi, est tout entier imbibé d'œdème et traversé par une infinité de leucocytes. Mais cette exosérose et cette exocytose s'exagèrent en certains points, où elles préludent à des phénomènes beaucoup plus considérables. Il s'agit d'une sorte de nécrose des cellules épithéliales, qui frappe certaines régions du corps muqueux, d'ordinaire très riches en polynucléaires, et plus particulièrement imbibées de sérosité. Il se forme ainsi de petites escarres qui ne se colorent pas par le bleu, qui se colorent en rose opaque par l'éosine

orange, et ne renferment plus d'autres noyaux colorables que ceux des polynucléaires dont elles sont bourrées. Ces escarres ont, en général, la forme de lentilles biconvexes. Pendant qu'elles s'organisent, la germinative a proliféré, et le foyer nécrotique a été repoussé dans les couches supérieures du corps muqueux. Il n'est plus recouvert, lorsqu'il est complètement constitué, que par la couche cornée normale ou par la croûte squameuse qui la remplace presque partout.

Celle-ci, d'ailleurs, n'est formée que par une couche cornée fréquemment parakératosique, reliant une série de croûtes élémentaires, dans lesquelles il est facile de reconnaître les escarres précédentes, mais issues d'une génération antérieure, et complètement éliminées, séparées du corps muqueux par quelques cellules cornées normales ou plus souvent en parakératose. Cette couche de cellules kératinisées n'existe pas toujours, entre le corps muqueux et la croûte élémentaire, l'élimination de l'escarre alors n'est pas achevée; celle-ci fait corps pour quelque temps encore avec les tissus sous-jacents œdématisés, ou déjà nécrosés. Ça et là, une déchirure s'est produite qui les sépare; un peu de sérosité albumineuse remplit l'intervalle laissé par cet arrachement. Il n'y a pas de fibrine; la déchirure est donc récente et peut-être due aux traumatismes de la biopsie.

A ce dernier stade, le bloc nécrotique a encore subi des modifications : il prend avec prédilection, non plus l'éosine, mais l'orange, et se colore fortement par le bleu de Unna. Il conserve et exagère son aspect homogène. Sur le fond orangé ou bleu, se détachent toujours les polynucléaires et parfois quelques noyaux épithéliaux. Lorsque ceux-ci sont en abondance, ils donnent presque à l'escarre un aspect de parakératose sèche, banale. D'ailleurs, on retrouve cette lésion à côté, à l'état pur, dans les cellules cornées qui relient les différents blocs éliminés et forment avec eux la squame croûteuse. Aussi bien, la formation de l'escarre lenticulaire peut, je crois, rentrer dans la parakératose humide. Elle n'est peut-être due qu'à l'excès de spongiose et d'exocytose, et commandée par la nécessité d'éliminer en masse des liquides toxiques et des cadavres leucocytaires.

On la retrouve dans les séborrhéides et nombre d'autres dermatoses, mais je ne l'ai vue nulle part aussi intense qu'ici. D'ordinaire, elle s'accompagne de vésiculation. Ici, en dépit de l'exosérose intense, je n'ai trouvé, dans toute la papule, qu'une seule vésicule histologique, elle était sur l'un des bords. Cette exosérose énorme et cette exocytose considérable sans vésiculation, me paraissent même constituer le caractère principal de la lésion.

Un autre phénomène, encore, éloigne celle-ci de la séborrhéide et des autres dermatoses présentant des lésions analogues. Alors que, dans ces affections, les karyokinèses sont abondantes, et le cytoplasma fortement coloré, au moins dans les couches inférieures du

corps muqueux, les mitoses manquent ici, et les cellules se définissent mal, absolument comme dans les parapsoriasis authentiques. Les phénomènes de réaction font donc à peu près complètement défaut dans la cellule malpighienne. Ils se bornent à la production d'un peu d'hypéracanthose. Les lésions d'ordre dégénératif sont beaucoup plus importantes.

Elles sont, par places, si intenses, que le processus de nécrose, au lieu de porter seulement sur des foyers restreints, frappe d'emblée toute l'épaisseur du corps muqueux, l'escarre repose directement sur la papille très œdémateuse, ce qui n'existe jamais dans la séborrhéide. La réparation ne peut se faire que par des bourgeons latéraux, au lieu de se faire au-dessous de la nécrose, par prolifération de la germinative.

Celle-ci paraît très intense, et les générations de blocs nécrotiques doivent se succéder rapidement, à s'en rapporter au nombre de ceux qui sont en formation. On en voit, d'ailleurs, souvent deux superposés immédiatement; le second s'ébauche pendant que le premier s'élimine. C'est peut-être à cette succession ininterrompue de nécroses et d'élimination des escarres qu'est due l'absence de tout stratum granulosum aux points mêmes où le corps muqueux paraît conserver sa vitalité sur toute sa hauteur: entre la dernière escarre, peut-être à peine éliminée, et la suivante, qui va sans doute s'indiquer, la couche granuleuse n'a pu se reconstituer. La spongieuse est le plus souvent trop peu importante pour justifier à elle seule cette absence d'éléidine.

b) La description d'ensemble reste la même que pour l'élément *a*; le tableau s'atténue, seulement; il y a moins d'œdème dans le corps papillaire; l'exosérose et l'exocytose, moins généralisées, se cantonnent en foyers distincts, qui répondent au sommet de quelques papilles infiltrées. Le vaisseau papillaire est alors entouré d'une gaine de cellules rondes; l'émigration leucocytaire se fait du sommet de ce vaisseau, et les polynucléaires n'ont plus à traverser le corps papillaire entier. Il n'y a plus dans cette exocytose l'incohérence et la hâte qu'on trouvait dans l'élément précédent. La réaction inflammatoire s'est disciplinée, mais aussi s'est instituée pour une durée assez longue; l'infiltrat périvasculaire en fait foi.

Les cellules du corps muqueux, peut-être moins imbibées de liquides toxiques, se colorent mieux, sauf au niveau de foyers d'exocytose intense, intéressant toute l'épaisseur du corps muqueux, qui vont probablement se nécroser, ou au niveau des couches profondes et surtout de la germinative, en contact immédiat avec la sérosité qui infiltre le corps papillaire. Les cellules en palissade, déformées, perdent toute netteté dans leurs contours, même avec les colorations intenses à l'éosine.

Mais si les signes d'inflammation aiguë s'atténuent, de nouveaux caractères beaucoup plus importants apparaissent.

Cà et là, au-dessus de papilles infiltrées, le corps muqueux subit une nécrose d'un type nouveau : ses cellules semblent disparaître ; en réalité, elles sont privées de leurs affinités pour leurs couleurs basiques, et prennent la coloration de fond *de la même façon* que le tissu conjonctif de la papille, avec lequel on peut les confondre d'autant plus aisément qu'elles perdent à peu près leur individualité, et ne font qu'une masse presque homogène. De sorte que la papille, à un examen superficiel, paraît se prolonger jusqu'à la couche cornée. On a l'impression d'une caséification, et l'on songe immédiatement à la tuberculeuse. J'ai précisément rencontré une lésion identique sur un lichen scrofulosorum banal.

Pour compléter l'assimilation, je trouve sur une de mes coupes de ce fragment *b*, au sommet d'une papille, une apparence de cellule géante, et sur deux ou trois autres, des groupes de cellules qui méritent absolument le nom d'épithélioïde. Pas de bacille de Koch.

Je vois, au total, dispersées sur des coupes différentes, les lésions que le follicule tuberculeux typique réunit d'ordinaire, et qu'on observe isolées dans ce qu'on est convenu d'appeler des tuberculides. La ressemblance est d'autant plus frappante que ce cas de lichen scrofulosorum auquel je viens de faire allusion montrait, comme l'élément actuel, à côté de lésions spécifiques, cette même apparence d'inflammation banale, caractérisée par une exosérose et une exocytose intenses.

Les points communs que présentaient à l'examen clinique cette éruption et celle de l'observation précédente, se retrouvent donc encore sur le terrain de l'anatomie pathologique. On est bien ici encore, selon toute vraisemblance, en présence d'une tuberculide.

b') Toutes ces lésions, à part la cellule géante, se retrouvent sur le fragment *b'*. J'espérais en trouver de plus caractéristiques, à cause de l'importance de l'infiltration ; j'ai été déçu. L'exocytose est moins intense, les croûtelles élémentaires beaucoup plus rares, il n'y a plus guère qu'une squame de lamelles en parakératose sèche.

En revanche, l'infiltrat des papilles et des amas cellulaires périvasculaires sont beaucoup plus denses. On peut suivre ces infiltrats périvasculaires jusque dans l'hypoderme. Ils creusent dans l'épaisseur du derme, de vastes espaces qu'ils remplissent comme dans le lupus érythémateux.

Enfin, souvent dans le corps papillaire, autour d'un nodule d'infiltration assez considérable, on voit le tissu conjonctif prendre un aspect homogène, ce qui pourrait passer pour un début de caséification. C'est encore là un aspect de tuberculide.

d) Le quatrième fragment donne une image de prime abord assez différente, mais dont les liens avec les précédentes deviennent évidents si l'on ne se borne pas à contempler un tableau forcément immobile ; si l'on cherche à l'animer, et à se représenter, la matière vivante, évoluant sans cesse, prête à revêtir une apparence nouvelle quand on l'a surprise, de même qu'elle vient précisément d'arriver

à l'aspect où elle a été fixée, après avoir passé par d'autres états tout différents. Ainsi guidé, on peut facilement imaginer les transitions qui manquent du stade *b* au stade *d*, et qui correspondent au stade *c*, étudié dans la description clinique.

Les images que fournit cette dernière pièce paraîtront alors représenter, sinon l'aboutissant obligé, au moins une évolution logique des lésions précédentes.

Ces images, d'ailleurs, ne sont pas nouvelles :

Une squame homogène presque partout complètement kératinisée, ayant cinq ou six fois l'épaisseur du stratum corneum normal.

Un corps muqueux aminci, des bourgeons interpapillaires étirés, des papilles presque entièrement effacées, et comme dépliées.]

Un corps papillaire œdématié, où les fibres élastiques dissociées, ou résorbées par l'œdème, paraissent en petit nombre.

Çà et là des infiltrats autour des vaisseaux papillaires, et sous-papillaires dilatés et gorgés de sang, infiltrats qu'on peut suivre parfois assez profondément dans le derme.

Ces lésions dermiques enfin existent surtout aux deux extrémités de la squame, c'est-à-dire aux points qui, à l'examen clinique, représentaient le bord de l'élément.

C'est la description d'ensemble du parapsoriasis. L'aspect microscopique justifie l'assimilation faite par la clinique.

Mêmes lésions cytologiques encore :

Vulnérabilité des cellules épithéliales au-dessous de la squame, marquée par une altération cavitaire sur les pièces fixées à l'alcool ;

Coloration défectueuse du cyto-plasma ;

Fonte de la couche germinative ;

Par places, surtout vers les extrémités de la squame, des îlots de spongiose et d'exocytose, qui expliquent la présence de petits foyers de parakératose dans la squame.

On voit combien il est facile d'arriver à cette image donnée par l'élément, en partant des deux premières. La fonte de la germinative, la lésion du cytoplasma, existaient déjà. L'œdème et l'infiltration du corps papillaire, l'exosérose et l'exocytose se sont seulement atténués, et ne sont plus guère visibles qu'à la périphérie, tandis que le centre est déjà près de la cicatrisation définitive. Par suite, au lieu d'une squame humide, imbibée de sérosité, faite de croûtelles élémentaires qui répondaient à des foyers successifs d'exocytose, il ne reste plus qu'une squame homogène, sèche, presque partout parfaitement kératinisée.

Un pas de plus, et la squame tombée, la peau aura repris son aspect normal.

La filiation de cet élément parapsoriasiforme se suit donc aussi bien sous le microscope que par l'examen de l'éruption.

Un dernier segment entraînerait d'ailleurs la conviction, s'il en était encore besoin : il existe, en un point de cet élément, au-dessous

d'une des extrémités de la squame, au sommet d'une papille, au milieu d'un amas de lymphocytes et de cellules épithéloïdes, une cellule géante, beaucoup mieux caractérisée, encore, que celle de l'élément *b*.

Observation XIX.

J'ai étudié cinq éléments de l'éruption de L. [P..., je les désigne encore dans cette description histologique par les lettres avec lesquelles je les classais dans la partie clinique de l'observation. C'étaient :

a) Une papule de début à peine indiquée : la peau était rosée, on la sentait légèrement infiltrée. Cet élément a été pris à la face postérieure de la cuisse droite.

b) Un élément encore infiltré, mais peu saillant et jaunâtre, presque sucre d'orge, déjà un peu squameux.

b') Un élément intermédiaire aux deux précédents, encore rouge et très infiltré, ne différant du premier que par la présence d'une petite squame qui s'organise. Il siégeait au bas de la région antéro-externe du bras droit. Il correspondait à l'élément *b* de l'observation précédente.

d) Un élément parapsoriasiforme de la fesse, composé de deux squames plates, juxtaposées, sans infiltration sous-jacente appréciable.

e) Enfin un fragment important de la grande tache rouge du genou. La biopsie, qui intéressait le derme dans toute son épaisseur, a pénétré presque jusqu'au centre de la plaque ; elle comprenait à l'autre extrémité un peu de peau saine adjacente.

Chacune de ces pièces a été complètement débitée et examinée en série.

Je ne donne pas la description des lésions histologiques des trois premiers fragments. Ce serait refaire presque celle que j'ai exposée en détail à propos des éléments *a*, *b*, *b'* de l'observation précédente. Il suffirait d'y retrancher ce qu'il y avait d'absolument spécifique, au point de vue de la tuberculose. Certaines coupes des deux observations seraient superposables. Il était facile de le prévoir pour les éléments *a* et les éléments *b'*, qui correspondaient à peu près exactement par leur aspect macroscopique à leurs homonymes de l'observation XVIII.

L'élément *b*, qu'on s'attendait à trouver moins infiltré que *b'*, puisque moins rouge et moins saillant, l'est au contraire davantage et est tout à fait pareil encore à *b'* de l'observation XVIII : on y trouve la même importance des infiltrats périvasculaires, qu'on peut suivre à travers toute l'épaisseur du derme.

Il faut noter seulement moins d'œdème, moins d'exocytose, et par suite, dans la squame, moins de croûtelles lenticulaires. On trouve surtout de la parakératose sèche. Il s'ensuit que les foyers de nécrose sont aussi moins fréquents dans le corps muqueux. Il ne s'y trouve jamais cette caséification si remarquable qui détruisait le corps de Malpighi sur toute sa hauteur dans les séries précédentes. Il n'y a non plus dans le derme, ni cellules épithélioïdes, ni cellules géantes.

Je signale enfin une prédilection toute particulière de l'infiltrat dermique pour le voisinage des canaux sudorifères. Il n'en est pas un seul qui ne soit accompagné très profondément d'une gaine de cellules rondes. Ces cellules envahissent même le tube épithélial, et par places, semblent presque le détruire. Les pelotons sudoripares cependant ne sont pas atteints. Dans l'observation précédente, les glandulaires ne sont jamais des centres d'infiltration; ils ne sont jamais envahis par l'infiltrat dans leur portion indépendante du corps muqueux.

La participation de ces canaux au processus paraît s'indiquer encore par un bouchon corné qui part de la face profonde de la squame, et vient dilater et obturer leur orifice d'abouchement à la surface de la peau. Ce bouchon adhère intimement aux parois de l'entonnoir sudoral; il présente la même structure, et les mêmes affinités pour les colorants que la squame elle-même. Au niveau des orifices pilo-sébacés, au contraire, il n'y a pas de bouchon analogue, ou, s'il existe il est à peu près indépendant de la squame, au moins dans sa partie profonde. Celle-ci d'ailleurs n'adhère jamais aux parois du follicule pilo-sébacé, et elle a les affinités de coloration de la substance cornée normale. La kératinisation troublée à la surface de l'épiderme, ne l'est donc pas dans l'invagination qui a constitué le follicule. Je reste cependant indécis sur la valeur propre et la signification absolue de cette disposition dans le cas présent. Elle existe, presque aussi nette dans les parapsoriasis authentiques et les deux observations précédentes. Est-elle due à une structure anatomique particulière; faut-il vraiment l'attribuer dans tous ces cas à une participation effective du système sudoripare à l'affection? Je n'ose répondre à la question, et me borne à indiquer le fait.

d) Ici encore, l'élément reproduit, aussi bien sans le microscope qu'à l'examen macroscopique, l'aspect du parapsoriasis. Il renferme trois squames fines juxtaposées. Les coupes sont absolument comparables à celles d'une des séries de l'Obs. IV. Il est inutile de les décrire à nouveau. On retrouve encore la même importance des tubes sudoripares dans l'architecture des lésions d'infiltration, que dans les trois premiers fragments.

e) Elle existe à un plus haut degré encore dans la plaque érythémato-squameuse du genou. Cet élément en dépit de son apparence

macroscopique toute différente, reproduit les lésions essentielles d'infiltration déjà vues précédemment. Elles se disposent seulement de façon nouvelle ; elles sont distribuées en profondeur plus qu'en surface ; elles ne viennent qu'exceptionnellement au contact du corps muqueux, d'où il résulte que les lésions épithéliales sont moins importantes ; il n'y a pas de fonte de la germinative, peu d'exoscérose et d'exocytose, le corps muqueux présente un léger degré d'hypéranthose ; les squames sont très minces, le stratum granulosum est bien conservé ; il y a moins de lésions dégénératives, et plus de phénomènes de réaction que dans la plupart des parapsoriasis ; c'est la seule différence histologique d'ensemble qu'on puisse relever entre cet élément et le précédent. Le microscope permet donc de saisir entre les deux lésions, une parenté que l'œil n'avait pas vue.

L'envahissement des canaux sudorifères par l'infiltrat qui les engaine est encore mieux marqué ici que par les trois séries précédentes. La paroi épithéliale du tube n'est pas seulement envahie, elle est détruite et rendue méconnaissable ; toute apparence de structure épithéliale et même cellulaire disparaît ; il ne reste plus qu'un cylindre hyalin, où l'on trouve encore quelques grains de chromatine. Lorsque ce cylindre, entouré de cellules rondes, est intéressé normalement par la coupe, ou pourrait croire à la présence d'un follicule tuberculeux centré par une cellule géante. Cet aspect est surtout frappant sur le fragment fixé à l'alcool ; le formol a mieux conservé ce qui restait de sa forme à l'épithélium, et rend toute erreur impossible. Sur certains glomérules, on voit une fonte des épithéliums sécréteurs qui s'accompagne seulement d'une infiltration leucocytaire insignifiante. Est-ce la preuve, enfin trouvée, que la lésion, surprise ici à son début, est primitivement épithéliale ? On voit, au moins, combien elle est profonde.

Jusque là, il est impossible de relever aucun caractère bien net qui oriente vers la tuberculose. Les cellules géantes, les cellules épithélioïdes, la caséification du corps muqueux, si remarquables dans les cas précédents, font ici défaut. On ne peut invoquer, en faveur de la tuberculose, qu'un aspect flou et opaque du tissu conjonctif du corps papillaire, autour des infiltrats. L'absence de fibrillation, l'opacité peuvent passer pour une ébauche de caséification. Ce serait bien insuffisant. J'ai dû aller jusqu'au bout de la série des coupes de ce dernier élément pour trouver une lésion vraiment caractéristique : c'est une cavité lymphatique dilatée, au milieu d'un infiltrat du corps papillaire, et remplie d'une masse d'apparence caséreuse. Il y aurait là probablement un petit foyer de lymphangite tuberculeuse. Pas de bacille de Koch.

CHAPITRE II

VUE D'ENSEMBLE

La parenté me paraît certaine entre ces trois cas. Je l'ai indiquée déjà, chemin faisant, dans mes descriptions cliniques ou histologiques. Je résume ici brièvement les caractères de ce groupe.

L'éruption est généralisée, discrète, d'ordinaire ; elle respecte toujours le cuir chevelu, le visage, le cou et les extrémités.

La lésion élémentaire passe par deux formes extrêmes : C'est d'abord une *papule* hémisphérique de la grandeur d'une lentille, plus ou moins infiltrée, au niveau de laquelle l'épiderme conserve son aspect normal. Un grattage brutal fait une petite hémorragie. Ce premier stade est relativement court.

Puis, l'infiltration disparaît. L'épiderme alors se modifie, et forme une squame sèche, mince, peu adhérente, qui paraît posée à plat sur la peau saine. On la détache facilement et sans amener ni hémorragie, ni suintement. *C'est la squame du parapsoriasis.*

Celle-ci en tombant, laisse parfois après elle, comme dans les cas précédents, une cicatricule qui s'efface bientôt.

Le prurit fait toujours à peu près complètement défaut. L'état général reste bon ; et lorsque l'éruption est discrète, le malade peut ignorer son affection.

Elle survient sans fracas ; s'étend vite, et paraît persister

indéfiniment, grâce à l'apparition de nouveaux éléments qui viennent en permanence remplacer ceux qui disparaissent. L'évolution de chacun d'eux paraît assez rapide et semble ne pas dépasser la durée de quatre semaines en moyenne. L'évolution de l'éruption elle-même se fait par poussées plus ou moins soudaines et brutales, correspondant à l'invasion d'éléments nouveaux plus ou moins nombreux, dans l'intervalle desquelles il est toujours possible d'assister à l'évolution complète de quelque élément attardé.

Cette dermatose est extraordinairement résistante au traitement local le plus énergique; elle se montre d'ailleurs d'une tolérance parfaite.

L'affection ne paraît frapper que des sujets très jeunes, de 20 à 30 ans. Elle survient en pleine santé apparente dans un cas; dans les deux autres, elle est accompagnée au début par une détermination pharyngo-laryngée: laryngite chronique chez B...; angine aiguë chez M^{me} L... N'est-ce qu'une coïncidence? Chez M^{me} L..., une seconde angine, survenue à quelques mois de là, a une influence incontestable sur l'éruption, qui devient plus rouge et légèrement prurigineuse.

Sur les trois malades, deux sont suspects de tuberculose pulmonaire; le troisième paraît hors de soupçon, mais sa mère est morte de cette même maladie.

Là s'arrêtent les notions fournies par la clinique; elles concordent dans les trois cas.

Il n'est pas difficile de rapprocher de ces trois observations, celle que M. le D^r Eudlitz apportait le 10 février 1898, à la Société française de Dermatologie. Elle avait trait à une petite malade qui offrait une éruption bizarre. Le diagnostic psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde, proposé par M. Eudlitz, donna lieu à une discussion. L'hypothèse d'une éruption de nature syphilitique fut écartée. M. Brocq recon-

nut dans ce cas un type des affections parakératosiques qu'il commençait à étudier. Il crut pouvoir l'identifier plus tard aux cas de parapsoriasis en gouttes décrit dans les observations I, II et III de son mémoire. La présence de papules que je n'ai retrouvés dans aucune des éruptions qu'il m'a montrées ensuite pour des parapsoriasis, y compris celle d'Yvonne X... qui faisait le sujet de l'observation II et dont j'ai décrit plus haut (Obs. III), l'éruption en détail, m'a engagé à rejeter cette observation d'Eudlitz assez loin des premières. Je n'aurais pas osé laisser dans le domaine des parapsoriasis, si le hasard ne m'avait montré, avec les trois précédentes, que ce domaine est peut-être plus étendu que je ne l'avais pensé d'abord. Ce cas, un peu déconcertant jusqu'ici, me paraît avoir là sa place. Il s'éclaire au contact des autres.

Observation XX.

(EUDLITZ).

J. O..., âgée de 12 ans, est atteinte d'une affection cutanée qui remonte au commencement du mois d'octobre 1897.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. La petite malade n'a jamais eu aucune affection grave antérieure ; dans l'enfance elle aurait été sujette à des poussées fréquentes d'urticaire. Elle est réglée depuis le mois de décembre 1897 ; ses règles sont très abondantes et reparaissent toutes les trois semaines. Sa peau est légèrement dermographique.

L'éruption actuelle est apparue au commencement d'octobre, à la fin d'un séjour à la mer. Le début eut lieu par le thorax et la mère vit apparaître sur le tronc une éruption de taches rouges qu'elle prit pour de la rougeole ; l'éruption était légèrement prurigineuse. Le médecin de la famille, M. le Dr Klein, ordonna l'application d'une pommade à l'oxyde de zinc. Ce traitement, suivi régulièrement jusqu'en novembre, n'amena aucun changement. Dans le courant de novembre, j'eus l'occasion de voir la malade pour la première fois. Elle présentait alors une éruption dont les caractères étaient les suivants :

Sur tout le corps on trouvait en très grand nombre une série de macules rosées, des éléments érythémato-squameux en certains points, et des éléments nettement papuleux ou papulo-squameux en d'autres points ; le grattage ne faisait pas saigner les papules. Il n'y

avait pas de prédominance spéciale de ces divers éléments aux coudes et aux genoux.

Au niveau de la paume de la main on aperçoit deux éléments érythémateux légèrement papuleux; la plante du pied droit était indemne; à la plante du pied gauche, quelques éléments légèrement papuleux semblent apparaître. Au niveau des membres inférieurs, les éléments squameux sont en prédominance. Les muqueuses buccale, anale et vulvaire sont absolument indemnes de toute lésion. Légère adénopathie cervicale à gauche. L'aspect général de l'éruption est absolument syphiloïde.

Malgré l'aspect objectif de l'éruption, et en raison de l'absence de tout antécédent chez cette petite fille que M. Klein connaît depuis sa naissance, j'éloignai le diagnostic de syphilis pour accepter celui de psoriasis.

Quelques jours après ma visite, les parents de la petite malade la montrèrent à M. Besnier qui, en raison de l'aspect des lésions, conseilla de ne faire aucun traitement. Cette conduite fut tenue jusqu'au 13 janvier 1898. A cette époque, l'éruption ne s'était modifiée en rien et les muqueuses, examinées par nous deux fois par semaine, ne présentèrent aucune lésion. A partir de ce jour et avec l'assentiment de M. Besnier, nous fîmes à la petite malade, des applications de glycérôle d'amidon qui ont été continuées jusqu'aujourd'hui, 10 février. L'éruption n'a pas été modifiée quand au nombre des éléments, mais les taches et les papules sont un peu moins rouges. La malade a eu, il y a quelques jours, une angine catarrhale causée par le refroidissement. Nous nous proposons, si notre diagnostic de psoriasis en gouttes est accepté par la Société, de recourir aux glycérolés cadiques et aux autres modifications de la peau.

M. Besnier ajouta quelques notes à la description de M. Eudlitz. Elles me paraissent la compléter :

Les semaines écoulées depuis le moment où j'ai vu cette malade pour la première fois, rendent, pour moi, l'ambiguïté du diagnostic un peu moins aiguë, mais ne la suppriment pas. C'est toujours une éruption de gouttes squameuses, mêlée de macules, qui peut être rapportée soit à une roséole, tachetée de plaques squameuses, soit à un psoriasis en gouttes mélangé à des macules post-psoriasiques.

La monotonie de cette éruption, qui se prolonge au cours de semaines et de mois sans varier, l'absence de toute manifestation syphilitique ferme, autorisent l'hypothèse d'un psoriasis aigu en gouttes, de la série de ceux que l'on observe chez les jeunes filles en particulier, et dont les uns guérissent, tandis que les autres versent dans le psoriasis vulgaire.

Il est fâcheux que l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ne nous ait pas, dans ce cas, prêté son appui; elle aurait pu resserrer un lien que la clinique permet seulement d'entrevoir.

Il est juste cependant d'avouer que dans les trois observations XVII, XVIII et XIX, où elle est intervenue, elle n'a pas eu dans ce sens, l'importance qu'on en pouvait attendre; et ce lien d'unité apparaît très ténu sur la série de mes coupes. Il est encore très visible cependant; et l'histologie confirme nettement sur ce point les données fournies par l'examen comparé des malades. Aussi bien, son intérêt dans le cas présent, n'est pas là, mais dans l'interprétation qu'elle a permis d'appliquer aux lésions qui s'offraient à l'examen. Elle a été dans cette dernière voie fertile en surprises.

Sur certaines images, la *tuberculose* s'affirme avec autant de certitude qu'en peut donner l'anatomie pathologique. Sur d'autres, on la devine encore aisément. On peut enfin l'admettre sur les dernières, mais sans qu'il soit possible de l'y démontrer. On ne pourrait même y soupçonner sa présence, si les figures précédentes n'avaient éveillé l'attention.

Tel est le schéma qui peut résumer ma description histologique. Il était inattendu.

D'une façon générale, et ceci n'est pour surprendre, la spécificité est d'autant plus difficile à démontrer que l'élément se rapproche davantage de sa forme terminale. Il tend en effet, de plus en plus au cours de son évolution, à prendre l'aspect d'une lésion banale; mais il aura à son dernier stade d'autant plus de chances de conserver, au moins en quelques points, son empreinte spécifique qu'elle aura été marquée davantage au stade initial.

Chez B. (Obs. XVII), la tuberculose paraît évidente sur les deux formes extrêmes. Il ne faut pas multiplier beaucoup les examens pour la retrouver dans l'élément terminal.

Chez I. L. (Obs. XVIII) on peut la soupçonner plusieurs

fois dans la papule; une seule fois sur les coupes de la macule squameuse.

Chez L. P. (Obs. XIX), au contraire, on ne voit pas dans toute la série des éléments de l'éruption principale, une seule image probante; et les coupes ne sont comparables aux précédentes que par leurs aspects les moins caractéristiques.

Cependant, sur les éléments de l'éruption accessoire apparaissent quelques caractères qu'affectionne la tuberculose. La clinique, ici, peut aider d'ailleurs l'histologie défailante. Je rappelle que le dernier examen du malade semblait indiquer une évolution de l'éruption généralisée dans le sens du lichen scrofulosorum; les nodules tout au moins, étaient beaucoup plus infiltrés et prenaient une apparence presque lupique. D'autre part, je note que Jadassohn a trouvé dans un lichen scrofulosorum typique une tache analogue à celles que présentait P. au niveau du genou (1).

Il ne semble donc pas en résumé, qu'il faille un effort très grand pour dégager encore de ces résultats anatomo-pathologiques, et asseoir sur l'identité à l'agent Causal, l'unité qui ressortait avec tant de netteté déjà de l'évolution et de l'étude du terrain. Chacune de ces éruptions a pour ainsi dire deux faces histologiques: sur l'une, on reconnaît aisément la tuberculose; sur l'autre, on ne remarque que des traits sans caractère. Elle présente l'une ou l'autre, suivant l'âge des éléments, et probablement aussi sous l'influence de causes inconnues, qui d'une poussée à l'autre peuvent intervenir de façon différente.

Cette *première face*, nous la voyons toujours chez B; nous ne la trouvons chez M^{me} L. que par intermittences; nous ne

(1) Congrès de Londres 1896, p. 429. L'image histologique était plus caractéristique de la tuberculose, que celle que j'ai vue.

l'apercevons que dans une lésion accessoire et hors cadre chez L. P.

La *seconde* n'a rien qui frappe :

A. Des trainées de lymphocytes, qui accompagnent profondément les vaisseaux sanguins.

De l'œdème du corps papillaire.

Dans l'épiderme, un peu d'exocytose et beaucoup d'exosérose sans vésiculation.

De la parakératose humide.

— C'est le stade de début.

B. Des trainées périvasculaires identiques; beaucoup moins d'œdème papillaire, mais un tissu conjonctif lâche, un tissu élastique raréfié.

Des papilles déformées, aplaties; moins d'exosérose et d'exocytose épidermique; mais une couche germinative adaltérée; des bourgeons interpapillaires effilés; un corps muqueux aminci.

Des troubles de kératinisation aboutissant à la formation d'une squame plus ou moins complètement kératinisée.

— C'est le stade terminal. On peut remarquer que c'est aussi la figure histologique du parapsoriasis le plus authentique (1).

*
* *

Deux problèmes se posent :

Ne faut-il voir dans ces traits, où l'on reconnaît la tuberculose, qu'une ressemblance?

Faut-il considérer comme des parapsoriasis ces trois éruptions, au nom de l'identité macroscopique et histologique, que la forme terminale de leurs éléments présente avec les macules squameuses définies précédemment?

(1) V. P. 127.

Au premier, je ne peux répondre qu'avec bien des réserves. Je n'ai que des arguments histologiques; et il est aujourd'hui bien difficile de s'en contenter. Ils ont leur valeur cependant, et les autres que j'aurais pu apporter en sus n'auraient eu, dans ce cas particulier, qu'une valeur bien médiocre. Leur recherche offrait d'ailleurs des difficultés presque insurmontables (1). Je n'ai pu déceler le bacille de Koch? on ne le retrouve pas toujours. Je retrouve au moins son cortège au complet : cellules rondes, cellules épithélioïdes, cellules géantes, et, çà et là, des foyers de caséification. Dira-t-on que la preuve est insuffisante et que d'autres agents peuvent peut-être reproduire ces mêmes lésions et les distribuer de même? C'est vrai, et j'ai fait des réserves; mais on m'accordera qu'il reste une présomption en faveur du bacille de Koch, et qu'elle vaudra presque une preuve jusqu'à la découverte d'un autre agent capable de reproduire ces lésions.

(1) Le séro-diagnostic à supposer qu'il soit toujours positif pour des tuberculoses aussi atténuées (a) n'aurait jamais renseigner que sur l'existence d'une tuberculose, sans que rien ait pu prouver que la lésion cutanée était en cause.

D'ailleurs les cures de mercurialisation que venaient de subir deux des malades empêchaient d'employer ce procédé (b).

La réaction générale de la tuberculose est passible de la même objection théorique, son application était également empêchée par les conditions où se présentaient les trois sujets, qui n'étaient pas hospitalisés, et venaient assez irrégulièrement aux consultations.

La réaction locale aurait cependant enlevé tous les doutes. Encore ne fallait-il pas dépasser le but visé. Sans inconvénient dans un lupus bien caractérisé, une poussée brutale et dont on ne pouvait prévoir la durée, en aurait présenté de graves sur ces éruptions à peine apparentes. Le cas de lichen scrofulosorum où l'injection de tuberculine a provoqué l'apparition de nouveaux éléments, ou ce qui revient au même pour le malade, a fait apparaître à la manière d'un révélateur photographique, des éléments jusque-là invisibles, n'était pas pour nous encourager.

Les méthodes directes de culture ou d'inoculation nous étaient interdites par l'impossibilité ou nous étions de prélever des fragments suffisants.

(a) J. NICOLAS. Séro diagnostic tuberculeux chez les lupiques. *Congrès international de la tuberculose* 1901. VITRY. Contribution à l'étude de la séro-réaction de Arloing-Courmont. *id.*, et d'autres communications encore.

(b) NATTAN-LARRIER. *Diagnostic de la tuberculose par les nouveaux procédés du laboratoire.*

Au demeurant, c'est là refaire le procès des tuberculides ; et ce n'est pas le lieu ; d'autres se sont chargés de l'instruire comme aussi de le défendre. Un point reste acquis : mes trois malades étaient porteurs de lésions qui présentaient sous le microscope l'apparence de la tuberculose, sans recéler pourtant de bacilles de Koch ; et qui évoluaient cliniquement comme des lésions d'inflammation banale. Ces lésions répondent à ce qu'on appelle aujourd'hui tuberculides, quel que soit le sens dogmatique qu'on attache à ce mot, quelques rapports qu'on veuille établir entre ces lésions et la tuberculose vulgaire. Les trois éruptions cataloguées par M. Brocq lui-même, comme des parapsoriasis en gouttes étaient des tuberculides.

Est-ce à dire que le diagnostic n'ait pas été juste ? En d'autres termes, ces trois cas, en dépit de leur physionomie spéciale peuvent-ils rentrer dans le parapsoriasis ? C'est le deuxième problème que j'indiquais plus haut. Il me paraît comporter deux solutions positives. Je n'ai donc aucune raison d'y répondre négativement et de m'inscrire en faux contre les diagnostics qui ont été portés d'abord.

La première formule consisterait à envisager le parapsoriasis comme un genre, un syndrome anatomo-clinique, où peuvent trouver place les étiologies les plus diverses.

J'ai envisagé plus haut cette question et admis, sous bénéfice d'inventaire, la vraisemblance de l'hypothèse. Mais, par un singulier paradoxe, on n'y peut trouver de solution, sans qu'aussitôt l'intérêt se déplace et que la question elle-même paraisse oiseuse ; si je tiens l'hypothèse pour vérifiée, il me faudra démembrer mon groupe en le composant, et en éliminer les tuberculides aussitôt qu'il me sera démontré qu'elles y peuvent entrer. La logique perd ici ses droits. M'y tenir serait m'arrêter à mi-chemin, de propos délibéré, dans une voie d'où l'esprit contemporain cherche à s'évader toutes

les fois qu'il le peut. La recherche de la cause nous entraîne ; et c'est l'étiologie qui règle nos classifications dès que nous quittons le domaine de l'abstrait.

Les genres s'effritent dès qu'elle y pénètre. Prétendre à les maintenir ou à les reconstituer ensuite, c'est vouloir étayer ou reconstruire l'édifice chimérique d'un mirage qui disparaît lorsqu'on approche. Nous allons tous forcément, et souvent inconsciemment, vers la classification étiologique, en une marche toujours identique : nous éliminons successivement du genre primordial tous les cas qui peuvent se réclamer d'une étiologie commune, pour ne réserver le nom primitif qu'aux cas d'origine obscure, jusqu'au jour où, le démembrement achevé, le nom lui-même disparaît, à moins qu'on ne le réserve à l'une des dernier-nées parmi ces espèces nouvelles.

C'est un enchevêtrement de classifications, contre lequel rien ne sert de protester. Sous cette inflexible poussée, les tuberculides seraient rejetées du parapsoriasis, et la solution resterait théorique.

Je lui fais une autre objection, encore : elle s'adapte assez mal aux faits. Ces trois derniers cas présentent avec les premiers d'assez notables différences pour qu'on hésite à les faire rentrer tous dans un genre unique. Sans doute les mêmes conditions d'âge, la même durée de l'affection, la même résistance au traitement se retrouvent encore, mais la ressemblance entre les deux catégories d'éruptions n'est que passagère, et porte, en somme, sur des formes terminales. Dirait-on que la forme initiale a pu nous échapper dans notre première série ? Toute difficulté disparaîtrait ; l'évolution plus rapide des éléments de la deuxième série ne constituerait plus une bien grosse objection. Mais la preuve reste à faire.

La seconde solution est plus satisfaisante mais plus osée ; elle répond en même temps à une question restée en sus-

pens dans un chapitre précédent. A elle aussi, la preuve fait défaut. Elle a au moins le mérite de ne se heurter à aucune difficulté.

Les trois observations XVII, XVIII et XIX qui trouvent avec peine leur place dans le genre parapsoriasis, rentre-raient sans difficultés dans le parapsoriasis maladie. Ce nouveau cadre est plastique, et n'a pas la rigidité de l'autre. Une maladie a des limites plus étendues qu'un syndrome. Des différences de symptômes peuvent y dessiner des formes secondaires, sans rompre son unité. Nous aurions deux formes de parapsoriasis : la première *aiguë*, au moins dans l'évolution de chaque élément en particulier, d'apparence plus inflammatoire, ressortissant peut-être à une infection plus massive, serait réalisée dans ces trois dernières observations ; les autres nous montreraient le deuxième type, *chronique*, torpide, d'allures sournoises. Ces deux formes seraient sous la dépendance d'une même cause, apparente dans l'une, méconnaissable dans l'autre, l'infection tuberculeuse ; et le *parapsoriasis serait une tuberculose atypique de la peau*.

Nous commençons à connaître ces manifestations dissimulées sous le masque de l'inflammation banale. La preuve expérimentale vient d'en être faite (1). La dermatologie avait indiqué déjà la présence du bacille de Koch dans les lésions cutanées, précisément très voisines par leur aspect objectif de celles-ci (2). Arguties ? Hypothèses ? L'hypothèse est au moins séduisante ; et l'on n'y peut rien objecter que d'être insuffisamment prouvée. Encore la persistance étrange avec laquelle reparaît la tuberculose dans les antécédents

(1) LÉON BERNARD et SALOMON. Lésions non folliculaires expérimentales dues au bacille de Koch. *Congrès de la Tuberculose*, 1906.

(2) BRUASGUARD. Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa. *Archiv für Dermat.* 1903. — JADASSOHN. Über die Pityriasis rubro und ihre Beziehungen zur Tuberculose ; *Archiv für Dermat.* 1892-1893.

de mes cinq premiers malades vaudrait-elle, il me semble, pour un commencement de preuve.

Je me garde, d'ailleurs, de rien affirmer, j'ai fait en commençant toutes mes réserves ; je n'y reviens pas. Une voie me paraît ouverte, où il serait intéressant de pénétrer. Je l'avais signalée déjà plus haut. Cette deuxième partie m'y fait entrer un peu plus avant. Les moyens m'ont manqué d'aller plus loin. Peut-être pourrai-je le faire un jour.

TROISIÈME PARTIE

J'ai exposé jusqu'ici le résultat de mes recherches.

La dernière partie de ma tâche est plus délicate : il me reste à parler de faits que je n'ai pas vus, à les juger, à les classer. Je ne m'illusionne pas sur l'incertitude de cet essai. Je me suis efforcé de pénétrer la pensée des auteurs que je critiquais. Y suis-je toujours parvenu ? Ils en jugeront si ce travail tombe sous leurs yeux.

J'ai groupé ici les observations publiées jusqu'à ce jour, qui touchent par quelque point à l'histoire des parapsoriasis. J'en ferai la revue à peu près dans l'ordre où elles sont présentées au chapitre de l'historique, c'est-à-dire en les groupant par écoles, plutôt que d'après l'ordre chronologique.

Ici encore, mon travail est facilité par mes devanciers. La thèse de M^{me} Bucek m'offre la liste complète de celles qui avaient paru en 1903. Elle-même n'avait eu qu'à puiser dans le mémoire de L. Brocq. J'ai déjà cité le chapitre en entier (1). On y suit pas à pas le travail de synthèse qui a abouti à la juxtaposition de tous ces faits. Il a été rapide et semble s'être fait simultanément dans l'Ecole anglaise et l'Ecole française. L'Allemagne y est restée étrangère. L. Brocq en avait été le promoteur dès 1897 (2) en rapprochant les érythrodermies

(1) V. Historique.

(2) Les érythrodermies pityriasiques en places disséminées. *Revue générale clinique et thérapeutique*, 1897.

pityriasiques en plaques disséminées de la parakératosis variegata de Unna. Radcliff Croker (1), en 1900, proposait de placer, à côté de ce groupe, la dermatose de Jadassohn-Neisser. Il se bornait à indiquer que les ressemblances de l'excanthème psoriasiforme lichenoïde et de la parankératosis variegata l'emportaient, à son avis, sur les nuances qui les séparaient.

L'année suivante, Colestl Fox et Mac Leod (2) précisaient davantage, et au nom de l'histologie surtout, en dépit de différences d'aspect clinique, proclamaient l'unité du groupe, définitivement constitué par les dermatoses de Unna, de Brocq et de Jadassohn.

Est-ce simple coïncidence ? Les échos de l'hôpital Broca avaient-ils retenti jusqu'en Angleterre ? Depuis longtemps, M. Brocq, dans ses leçons quotidiennes, rapprochait tous ces faits ; et c'est sa propre doctrine qu'il formulait en 1902 (3) lorsqu'il les admettait tous dans les parapsoriasis, et les répartissait dans les trois variétés qu'il venait de tracer.

Il lui manquait, cependant, encore un élément précieux, faute duquel il n'a pu présenter son classement qu'à titre provisoire, et avec quelques réserves. C'est sur ses indications et pour combler cette lacune que j'ai entrepris mes recherches histologiques, destinées, dans sa pensée, à étayer ou à disjoindre ce groupement qu'il essayait.

J'ai adopté, pour ce travail, la méthode d'étude que m'imposaient les conditions toutes particulières où je me trouvais. J'étais en possession de faits vérifiés, au fur et à mesure de leur apparition, par l'auteur même des parapsoriasis. Il m'a paru que je possédais ainsi un étalon que je pourrais fausser en cherchant à l'utiliser d'après des indications étrangères.

(1) LICHEN. *The British journal of Dermatology*, déc. 1900.

(2) On a case of parakeratosis variegata. *The British journal of Dermatol.*, septembre 1901.

(3) Les Parapsoriasis. *Annales de Dermatol. et de Syphiligr.*, 1902.

La table rase est pure fiction philosophique, et je me suis réservé de prendre connaissance des observations qu'il me faudrait un jour comparer aux miennes, seulement lorsque je serais en possession du criterium fourni par mon étalon. Je crois le posséder aujourd'hui, tel que je le désirais, dégagé de toute idée dogmatique et à même d'être appliqué de bonne foi aux observations de mes prédécesseurs. Je suis donc la pensée de mon maître en soumettant de nouveau à la critique, au risque de séparer ce qu'il avait assemblé, chacune de ces observations qu'il avait lui-même déjà critiquées.

Ai-je besoin de m'excuser de n'être pas resté sur le terrain anatomo-pathologique ? Il peut sembler d'abord que l'autre m'était interdit, et que je sors de mon rôle en invoquant encore au cours de cette revision des arguments cliniques ?

Je reste, cependant, dans la logique : vouloir ne tirer de mes cas qu'un critérium purement histologique eût été me condamner à faire œuvre artificielle et vaine. L'anatomie pathologique et l'étude clinique ne peuvent se passer l'une de l'autre et s'employer indifféremment à la manière d'un moule rigide qu'il suffirait d'appliquer aux faits pour les admettre ou les rejeter, suivant qu'ils s'y adaptent ou non. Elles s'éclairent l'une par l'autre ; leurs nuances infinies se précisent à se rapprocher, et prennent parfois ainsi une valeur qu'on ne leur soupçonnait pas.

J'ai donc repris entièrement, et pour mon compte, ce travail qui paraissait plus qu'à moitié fait.

A vrai dire, je risquais de m'égarer pour vouloir avancer seul, et je ne suis pas sûr d'avoir échappé toujours à ce danger. Je crois, cependant, être maintenant bien près de la vérité, car je m'aperçois, ma tâche terminée, que je reviens, à peu de chose près, au classement de M. Brocq. Pourrais-je avoir un meilleur garant ?

Si le résultat définitif, seul, importait, il pourrait paraître

oiseux de revenir sur le chemin parcouru qui ressemble un peu, à distance, au chemin des écoliers. C'était proprement le cas. Je rentre aujourd'hui dans la voie tracée par un maître très indulgent qui avait bien voulu m'en laisser écarter, sachant peut-être que j'y reviendrais. Ce retour n'est pourtant pas sans réserves; c'est pourquoi je crois devoir noter les étapes que j'ai franchies avant de me retrouver, enfin, presque à mon point de départ. Chacune a été marquée par une objection qui m'a fait hésiter, et que je ne crois pas superflu d'indiquer. J'insisterai sur deux d'entre elles. Elles m'ont conduit à rejeter successivement du parapsoriasis, la dermatose de Jadassohn-Neisser, et celle de Unna-Santi et Politzer.

Pour ce qui concerne l'exanthème psoriasiforme lithénoïde, je n'ai plus de raisons de maintenir cette exclusion après avoir vu les trois éruptions décrites dans mes observations XVII, XVIII et XIX, et avoir admis la possibilité de les ranger dans le parapsoriasis.

Je n'ai pas trouvé les mêmes motifs de revenir sur mon jugement au sujet de la parakératosis variegata et du lichen variegatus.

Les observations de R. Crocker, intitulées *Xantho-Erythrodermia perstans* me fourniront les matériaux d'un troisième chapitre.

La critique des observations de White et de Casoli terminera ce travail.

CHAPITRE PREMIER

ÉCOLE ALLEMANDE

Dermatitis nodularis psoriasiformis.

En disposant ces quatre chapitres dans l'ordre qui vient d'être dit, j'ai tenu compte de l'ordre logique plus que de la chronologie. J'aurai le même souci pour ce qui regarde leur disposition intérieure.

Il y a plus de profit, je crois, à rapprocher toutes les observations d'un même auteur, qu'à les placer chacune à leur date.

Je les résume toutes, et n'en donne que les traits essentiels.

Celles de Jadassohn sont au nombre de deux.

Observations de Jadassohn.

1. — CAS I (1894, 4^e Congrès de Dermat. Allemand). — Homme de 30 ans, habituellement bien portant. Il a contracté la syphilis à l'âge de 21 ans. Il a été traité au calomel, et n'a plus vu reparaitre d'accidents spécifiques.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre ans. Elle a paru d'abord sur le cou, puis s'est généralisée en huit jours.

On a cru d'abord à une syphilide lichénoïde, et le malade a suivi, sans aucun résultat, plusieurs cures de mercure, soit en frictions, soit en injections sous-cutanées.

L'éruption se limite au tégument externe, elle respecte les muqueuses. Elle ne couvre même que le tronc, les cuisses et les bras. Elle se compose d'éléments assez petits, arrondis ou ovales, de cou-

leur rouge clair, d'autant plus pâle que l'élément est plus étalé. Ce sont des *élevures*, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Les plus petites sont franchement acuminées, les plus grandes sont parfois déprimées au centre. Leur consistance est ferme. Elles sont souvent péripilaires, mais cette distribution n'a rien d'absolu.

Toutes sont surmontées d'une squame, plus épaisse au centre qu'à la périphérie, et souvent plus large que l'élément lui-même. On la détache facilement, et on provoque ainsi une hémorragie, mais qui ne se fait pas en gouttelettes isolées, comme dans le psoriasis. L'élevure ne tenait qu'à la présence de la squame. Celle-ci enlevée, elle disparaît aussi.

Ces éléments s'effacent spontanément, et sont remplacés par d'autres efflorescences identiques. On assiste à leur évolution : un point très rouge apparaît, entouré d'une zone hyperémique, puis l'élément pâlit à mesure qu'il augmente de volume, et la rougeur s'efface.

La transpiration paraît amener des poussées.

Aucun symptôme subjectif, à part quelques démangeaisons au début.

La chrysarobine et l'acide pyrogallique (solution alcoolique à 5%) ont donné d'excellents résultats. Grâce à ce traitement, les éléments disparaissent en huit ou quinze jours, sans laisser de pigmentation.

Il est vrai qu'il se fait une récédive *in loco*, quelques mois après.

Le traitement arsenical, essayé d'abord pendant quatre mois, avait échoué complètement.

Ceci ferait déjà rejeter le diagnostic de lichen ruber. Il n'y a, d'ailleurs, pas une seule lésion typique de lichen ruber planus ou acuminatus. La papule paraît purement épidermique, à l'inverse de celle du lichen. Les muqueuses n'ont pas été envahies. Et il n'y a pas la moindre démangeaison, sauf au début.

Il n'y a même pas à discuter le diagnostic de syphilis. On doit repousser également celui de psoriasis. Les lésions n'ont pas les localisations du psoriasis, ni même leur aspect. Le suintement sanglant, caractéristique du psoriasis, fait absolument défaut.

L'examen histologique ne peut renseigner davantage.

Un petit nodule acuminé a d'abord été examiné :

La couche cornée en a été enlevée par le rasoir.

Le corps de Malpighi présente une infiltration leucocytaire assez abondante.

La couche germinative, cependant, est intacte.

Les papilles sont dessinées normalement ; peut-être s'exagèrent-elles un peu.

Il y a dans le corps papillaire, un infiltrat de cellules rondes, sans limites nettes, et qui envoie des traînées le long des vaisseaux.

Il renferme quelques mastzellen.

Les noyaux fusiformes du derme sont en nombre anormal.

Pas de follicules dans la coupe.

Les coupes des éléments plus grands et plus plats sont un peu différentes.

Le centre est déprimé. L'infiltrat du corps papillaire est lui-même plus mince au-dessous de cette dépression, qu'au niveau des bords de l'élément, et prend la forme d'une lentille biconcave. Il envoie toujours les mêmes traînées autour des vaisseaux.

Le stratum granulosum est à peu près normal.

La couche cornée est continue; elle conserve, par places, quelques noyaux.

Peu de mitoses.

Aucun parasite, en dépit de recherches nombreuses et faites avec les méthodes les plus variées.

Il ne peut s'agir de lichen plan, l'infiltrat serait plus épais et plus circonscrit.

On se rapprocherait davantage du psoriasis. Mais dans cette dermatose, l'infiltration leucocytaire et la parakératose sont plus accusées, les lamelles cornées plus disloquées, et le stratum granulosum entièrement détruit.

Il est donc impossible d'étiqueter ce cas. Il s'agit peut-être d'une maladie nouvelle, autonome, qu'on pourrait désigner sous le nom *dermatitis psoriasiformis nodularis*.

2. — CAS II (1900, *Festschrift zur Ehren von Kaposi*). — Garçon de 15 ans, bien portant. Il a été atteint de cette affection à l'âge de 10 ans. Elle est survenue sans cause apparente. Elle est disséminée sur le corps; elle épargne le visage, les coudes, les genoux, la paume des mains et la plante des pieds, ainsi que les muqueuses. Elle est polymorphe. Elle se compose surtout d'éléments allant des dimensions d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, arrondis et rouges, surmontés d'une squame plus épaisse au centre que sur les bords. Au-dessous de la squame, il n'y a que peu d'infiltration. Le grattage occasionne une hémorragie légère. A côté, on trouve des éléments plus anciens, aplatis, rouge-jaunâtre, presque sans infiltration. Ils présentent une desquamation assez considérable et en fines lamelles. Ils ne saignent pas. Par l'éclairage oblique, ils semblent parfois déprimés, mais c'est qu'une fausse apparence.

Ces éléments ne sont jamais confluent, ils ne se localisent jamais autour des follicules pile-sébacés. Ils ne laissent ni cicatrices, ni pigmentations.

Pas de biopsie.

Aucun symptôme subjectif.

L'arsenic n'a donné aucun résultat.

En même temps que Jadassohn montrait son premier cas au Congrès de Breslau (94), Neisser y présentait une malade

atteinte d'une affection presque identique qu'il n'osait pourtant identifier à celle de son savant collègue et qu'il décrivait ainsi :

Observation de Neisser.

3. — La malade est âgée de 27 ans. Elle présente, depuis six ans, l'affection pour laquelle elle vient consulter. Elle avait toujours été en bonne santé jusque-là. L'éruption est généralisée, et couvre le corps tout entier à l'exception du cuir chevelu. Elle se compose d'éléments disséminés, jamais confluent, peu saillants, du volume d'une lentille environ, arrondis, rouges, surmontés le plus souvent d'une squame fine, facile à détacher. Quelquefois ce sont, au contraire, de véritables papules polygonales, d'un rouge brillant. On le voit, il y a un mélange d'éléments *lichénoïdes* et *psoriasiformes*.

Le grattage ne produit jamais d'hémorragie.

Aux avant-bras, il y a, au-dessous des éléments, un peu d'infiltration. Ailleurs la peau reste sans épaissement, ni induration.

Il n'y a jamais ni suintement, ni lésion de grattage. Il y a sur la peau saine une acro-asphyxie notable.

Aucune démangeaison.

Le diagnostic psoriasis n'est pas soutenable.

C'est un lichen; puisqu'il s'agit de lésions qui durant toute leur évolution, se présentent sous l'aspect de nodules rouges sans jamais former de bulles ou de pustules. Mais à coup sûr, ce n'est pas un lichen de Wilson.

Examen histologique. — La couche cornée est légèrement épaissie. Quelques leucocytes se voient dans le corps muqueux, aminci au-dessous des épaissements de la couche cornée.

La limite entre celui-ci et le chorion reste toujours nette.

Le chorion est infiltré et les vaisseaux sont accompagnés de traînées cellulaires. Quelques mastzellen.

Le traitement par l'arsenic, l'ichthyol, le pyrogallol, le naphthol, reste impuissant. Des bains de Vlemix et un traitement au goudron, ont donné au contraire d'excellents résultats.

Les éléments disparaissent sans laisser de pigmentation. Le traitement local est suspendu, et remplacé par un traitement général à l'iode de potassium. L'éruption réparaît aussitôt.

Nota (in JULIUSBERG, qui reproduit l'observation en 1899). — La malade est suivie pendant cinq ans. Quelques oscillations, jamais d'amélioration proprement dite.

En 1899, à un second examen, l'éruption conserve encore son même aspect; mais le tégument tout entier est devenu lisse, luisant et comme épaissi. Ça et là des dilatations vasculaires.

L'éruption reste indolente. Cependant la malade se plaint d'avoir fréquemment, depuis un an, des frissons très courts d'ailleurs.

Juliusberg a publié une série d'observations :

Observation de Juliusberg

4. — CAS I (1891). Jeune homme de 23 ans. Nerveux. Il a, depuis l'enfance, à la moindre émotion, et même lorsqu'il absorbe des aliments très chauds, des rougeurs fugaces, accompagnées de démangeaisons légères. Il a été atteint de son affection cutanée actuelle à l'âge de 17 ans. Il n'avait jamais eu auparavant de maladie proprement dite. L'éruption a paru d'abord sur les bras. Elle s'est généralisée ensuite, rapidement, en ne respectant que le cuir chevelu et le visage. Elle se compose de *papules* plates et de *macules* bien limitées, d'un jaune orangé, de la taille d'une lentille. Ces efflorescences sont recouvertes de fines squames. Ça et là, une squame de la grandeur de l'ongle, et de couleur brune. Lorsqu'on enlève ces squames, on provoque, le plus souvent, une petite hémorragie.

Un traitement antipsoriasique demeure sans résultat. Il faut remarquer que les démangeaisons légères dont se plaint le malade, ne doivent pas être rapportées à l'éruption puisqu'elles existaient dès avant son apparition.

5. — CAS II (1899). Jeune femme de 21 ans, cuisinière. A l'âge de 7 ans, immédiatement après une rougeole, une éruption est survenue, qui, depuis n'a subi à peu près aucune modification. La malade n'a jamais été incommodée.

La tête, à part un peu d'acné du visage, la paume des mains, les pieds sont indemnes. L'éruption est disséminée, sans prédilection pour la face de flexion ou d'extension des membres ou du tronc.

Elle se compose d'*élevures* ou *papules* plates, rouge pâle, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille, et de *macules* de même couleur, de mêmes dimensions et parfois plus grandes. Les papules sont surmontées d'une petite squame, qui ne couvre que le centre de l'élément. Lorsqu'on l'enlève, il se produit souvent une petite hémorragie, et l'élevure s'efface ; la « papule » n'était due par conséquent, qu'à la présence de la squame. Les macules ne sont en général pas squameuses, ou ne présentent que de petites squames très fines purpuracées. Sur le dos et l'abdomen, la peau paraît avoir, au-dessous des papules et des macules, un peu moins de souplesse que normalement. Le grain de l'épiderme est alors plus grossier.

Traitement par la chrysarobine et le pyrogallol. Sous leur action, après une période d'irritation, les éléments pâlissent, et cessent de desquamer. Cette amélioration persiste quelque temps, puis l'éruption reprend son apparence.

6. — CAS III. Homme de 24 ans. A part quelques maladies d'enfance, il a toujours joui d'une bonne santé. Il est sujet à des troubles vasomoteurs qui se manifestent par de vives rougeurs à la moindre excitation, lorsqu'il mange des aliments trop chauds, ou même pour un simple souvenir pénible. L'éruption dont il est porteur a débuté il y a un an, au niveau des bras. La tête seule, aujourd'hui, reste indemne. Les efflorescences sont rouge pâle, un peu brillantes, bien limitées, polygonales. Elles donnent à l'œil, plus qu'au toucher, l'impression de *papules*. Les plus petites ne sont pas squameuses et rappellent de très près les papules de lichen ; il est vrai qu'elles sont moins bien limitées, et se recouvrent rapidement de squames. Parfois, aux fesses notamment, l'épiderme paraît à leur surface comme « distendu ». Les éléments arrivés à un certain développement présentent une fine desquamation purpuracée. Le grattage dénude une surface rouge brillante, sans saillie, ni retrait, à la surface de laquelle ne paraît ni sang, ni sérosité.

Tous les éléments sont de ce type sauf à la paume des mains. Les différences d'aspect de l'éruption sur les différentes régions du corps tiennent seulement à une distribution plus ou moins discrète, ou plus ou moins serrée.

A la paume des mains, on voit des taches rouges, de même grandeur que les papules qui couvrent le reste du corps. A ce niveau la couche cornée est enlevée et l'élément est limité par une collerette que lui forme la couche cornée voisine.

On ne sent nulle part d'épaississement de la peau à la palpation mais une pression énergique du doigt permet de sentir au-dessous des papules les mieux caractérisées un petit infiltrat très circonscrit.

Aucun symptôme subjectif.

Un traitement de plusieurs mois par l'acide pyrogallique en solution alcoolique ou en pommades reste sans effet. Après une série de bains de vapeur, la desquamation disparaît.

Le malade est revu plus d'un an après, l'éruption est restée identique.

Examen histologique. — Une macule de la taille d'une lentille, prélevée à la région dorsale chez la malade du Cas II ; et un nodule lichénoïde du bras, biopsié sur le malade de l'observation III ont été l'objet d'examens microscopiques.

A part l'élevure du second fragment bien limitée, un peu déprimée au centre, les lésions histologiques sont identiques.

On trouve : Une squame très mince finement lamelleuse.

Une couche granuleuse normale.

Un corps muqueux sans modifications appréciables, riche en mitoses, et très infiltré de leucocytes surtout dans l'élément papuleux ; les couches inférieures sont comme disloquées par cette infiltration.

Les lésions principales sont dans le chorion. Elles consistent en

un infiltrat du corps papillaire, qui envoie des traînées le long des vaisseaux. Ces amas cellulaires sont beaucoup plus abondants dans la papule que dans la macule. Ils comprennent des mono et polynucléaires, des plasmazellen et des mastzellen.

Les fibres élastiques sont normales, sauf au niveau des amas cellulaires.

Les deux éléments biopsiés par Jadassohn correspondent à l'élément lichénoïde de l'observation III ici décrit. Le second très aplati, moins infiltré est plus près de l'élément maculeux de l'observation II. Celui-ci correspond exactement à l'élément examiné par Neisser.

Pinkus (1898), a publié lui aussi une observation, avec un examen histologique.

Observation de Pinkus.

7. — Femme de 31 ans. Elle présente depuis l'âge de 16 ans, une éruption, qui ne lui a jamais causé ni douleur ni démangeaison.

Il y a des rémissions et des exacerbations.

Le visage, le cuir chevelu, les jambes et les pieds, n'ont jamais été envahis. Les éléments peuvent atteindre la dimension d'une fève. Ils sont rouges, couverts de fines squames et légèrement lichénifiés.

Le grattage n'amène que rarement une très légère hémorragie; il met à nu cependant, une surface rouge, brillante, et légèrement suintante.

Çà et là quelques éléments de la taille d'une lentille, bien limités, non squameux.

Traitement par la vaseline salicylée. Les éléments les plus anciens disparaissent. De nouvelles efflorescences viennent les remplacer.

Plusieurs éléments ont été biopsiés et examinés. Le troisième correspond exactement à l'élément lichénoïde sans squame de Juliusberg. Les coupes sont presque identiques. Il y a dans le derme des traces d'une inflammation assez vive, et dans l'épiderme des phénomènes remarquables de parakératose.

Les autres stades reproduisent également les lésions décrites plus haut par Jadassohn, Neisser et Juliusberg.

Rona (1898), intitule son observation : Morbus Jadassohnii.

Observation de Rona.

8. — Homme de 31 ans. Atteint de tuberculose pulmonaire et de syphilis. Il présente cette éruption depuis l'âge de 27 ans. Elle a

envahi rapidement tout le corps à l'exception de la tête et des paumes des mains. La plante des pieds est atteinte. Les muqueuses sont indemnes. Aucune démangeaison. Il y a des rémissions et même des guérisons complètes, qui alternent avec des rechutes. L'éruption a disparu une fois, à la suite d'une série de frictions mercurielles.

Elle se compose aujourd'hui de *papules* plates rondes ou ovales, brunes ou rouge bleuâtre, de la grandeur d'une lentille environ, avec ou sans squames, et de *macules* squameuses sans infiltration.

Pas d'examen histologique.

Török (1901), publie une étude sur les érythrodermies squameuses en plaques, qui contient deux observations nouvelles.

Observations de Török.

9. — CAS I. — K. K..., jeune femme de 24 ans. La maladie actuelle a débuté, il y a trois ans, par une tache rouge et squameuse qui siégeait sur la poitrine. L'éruption a envahi ensuite tout le tégument.

Elle présente son maximum au niveau des bras et des extrémités inférieures. Ailleurs elle est assez discrète, sauf au niveau des flancs. Les mains, les pieds, le visage, le cuir chevelu sont indemnes.

Lésion mal limitée des dimensions d'un grain de millet à celles de l'ongle du petit doigt ou même du pouce; rouge vif aux bras, légèrement cyanosée aux membres inférieurs; *sans infiltration*, et ne dépassant pas le niveau de la peau saine adjacente. A la surface on voit une desquamation en fines amelles (1 à 2 millim. de diamètre) peu adhérentes, très minces, qui ne cachent pas la rougeur sous-jacente. Aspect marbré des régions malades. Pas d'hémorragie en nappe lorsqu'on enlève les squames. A peine, ça et là après un grattage violent, une hémorragie punctiforme. Sensations de cuisson au niveau des éléments les plus rouges, légère et facile à calmer.

Tous les essais de médication sont restés sans aucun résultat.

10. — CAS II. — S. R... Jeune homme de 22 ans. Jamais aucune maladie avant son affection cutanée. Le père est atteint d'eczéma des bourses. Le début a passé inaperçu, grâce à l'indolence des lésions.

La mère a remarqué, il y a huit ans, que son fils avait la peau couverte de taches rouges et squameuses.

Elle se rappelle qu'il avait toujours eu la « peau rugueuse » (?).

L'éruption intéresse surtout les extrémités, principalement les membres inférieurs. Elle épargne le visage et le cuir chevelu. Le tronc présente quelques rares éléments.

Taches de la grandeur de l'ongle à l'étendue d'une main d'enfant,

à contour irrégulier, d'une couleur rose, couvertes de fines squames, et sans la moindre infiltration. Le grattage y produit des trainées blanches en détachant les squames.

Pas de tendances à l'hémorragie : après un grattage prolongé quelques points rouges apparaissent. Les taches les plus étendues siègent aux fesses et sur les cuisses ; les plus petites aux bras et aux jambes, aussi bien sur la face de flexion que sur la face d'extension. On ne voit, sur la moitié inférieure de l'abdomen, la région lombaire et les côtés, que quelques taches isolées, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, rouges, sans desquamation apparente, mais où le grattage fait apparaître de fines squames.

En dépit d'une kératose pileaire des membres, très accusée, les taches ne présentent jamais aucun nodule corné.

On n'aboutit par le traitement qu'à décaper la surface des plaques. La rougeur persiste toujours et les squames reparaissent dès qu'on cesse les pansements.

Les deux observations de M^{me} Augusta Bucek (1903) terminent cette liste déjà longue.

Observations de M^{me} Augusta Bucek.

11. — CAS I. — Jeune homme de 23 ans, sans aucune tare héréditaire. Il a eu la rougeole dans son enfance. A l'âge de 6 ans, une éruption papulo-maculeuse a recouvert ses deux bras. Elle n'était pas prurigineuse ; elle a passé presque inaperçue et n'a jamais été suivie de près. Cette éruption est généralisée. A l'âge de 19 ans, le malade a été soigné par le D^r Heuss pour un psoriasis atypique. La chrysarobine, l'acide pyrogallique n'amenèrent que des améliorations passagères. Après un traitement de plusieurs mois par l'arsenic, administré *per os* ou en injections sous-cutanées, on crut à la guérison. Après avoir suspendu ce traitement, le malade vit son éruption réapparaître. Au nouveau traitement dirigé par Unna n'a pas eu plus de succès.

Actuellement, l'éruption couvre tout le corps à l'exception du cuir chevelu, des creux axillaires, des creux poplités, des régions interscapulaires et génitales, enfin de la plante des pieds. Les parties les plus atteintes sont les membres, surtout les membres supérieurs, et la région lombo-sacrée.

Les éléments sont de deux types : *papules* et *macules* ; le plus souvent isolés, ils dessinent quelquefois des anneaux ou des trainées, ils sont parfois confluent et ils arrivent à former ainsi des plaques de la grandeur de la paume de la main.

Les papules sont d'un rouge vif et uniforme, parfois violacé, légèrement brillant. Cette coloration s'efface entièrement à la pression. Elles ont en moyenne les dimensions de têtes d'épingles ou de lentilles. Elles sont peu élevées. Elles sont disséminées sans ordres. Elles ne paraissent pas squameuses. Cependant par le grattage, sur les plus volumineuses, la couche cornée s'enlève sous forme d'une mince pellicule d'épaisseur uniforme.

Les macules sont généralement plus grandes, plus pâles, arrondies, assez bien limitées, parfois confluentes, pour la plupart entièrement recouvertes d'une squame mince, sèche, d'épaisseur uniforme. Quelques-unes ne présentent qu'une fine desquamation furfuracée. Quelques autres ne paraissent pas squameuses. Elles le deviennent au grattage, qui n'arrive que très rarement à provoquer une hémorragie. Par places, la rougeur a disparu, il ne reste qu'une squame mince, d'épaisseur uniforme, modérément adhérente.

Dans la paume des mains, on voit de petites taches roses, de la grandeur d'une lentille, bordées par un fin liseré épidermique.

Pas de suintement, pas de cicatrices, pas d'atrophie, pas de pigmentation.

On arrive par deux procédés à la lésion maculeuse rosée adulte, c'est une papule initiale rouge, qui pâlit et s'applatit; ou c'est d'emblée une macule qui s'étale. Dans les deux cas, la lésion se recouvre à la fin de son évolution, d'une squame. Puis la lésion disparaît sans laisser de traces.

Les muqueuses sont intactes. Pas de démangeaisons, ni d'autres sensations pénibles. Il y a une tendance remarquable aux troubles vaso-moteurs. Au moindre frottement les plaques rougissent; cette rougeur s'efface vite. Un grattage appuyé produit même sur la peau saine de l'urticaire factice.

Pas de lésions organiques. Les urines sont normales.

Examen histologique d'une macule prélevée à la face postérieure du bras droit :

La couche cornée est épaissie dans son ensemble, surtout au niveau des orifices folliculaires qui s'évasent en entonnoir, et qu'elle remplit entièrement. Ça et là, dans les lamelles cornées, assez peu denses à la superficie, plus compactes dans la profondeur, on retrouve quelques noyaux. On voit des leucocytes polynucléaires entre les lamelles. Le stratum lucidum et la couche granuleuse manquent au-dessous des foyers de parakératose; ils sont très bien marqués partout ailleurs. La couche épineuse est oedématiée. Les mitoses y sont très rares. Par contre, les leucocytes y sont en abondance. La limite entre l'épiderme et le derme est partout très nette. Les papilles sont élargies, applaties, et le corps papillaire sillonné d'amas cellulaires qui envoient des prolongements le long des vaisseaux. Ces infiltrats sont composés de mononucléaires, de polynucléaires et de matzellen. Dans le corps papillaire, le réseau élastique

paraît pauvre. On trouve quelques fibres d'élacine. Ni collastine, ni collacine.

12. — CAS II. — Homme de 27 ans, vigoureux. Il a eu, dans son enfance, la rougeole et la diphthérie. Il a toujours été bien portant depuis.

Pas de dermatoses, pas de tuberculose chez ses ascendants.

L'éruption a débuté à l'âge de 24 ans, par des efflorescences plates squameuses, rouges, de la grandeur d'une tête d'épingle, qui apparurent sur le thorax. Leur nombre augmenta en même temps que leur taille, et l'éruption recouvrit tout le corps à l'exception de la tête. Pas de démangeaisons. En général il y a une poussée pendant la saison chaude; des rémissions et des exacerbations ne sont pas rares pendant les autres saisons.

Actuellement, la tête, le cou, les aisselles, la région interscapulaire, les creux poplités, la région génitale, la plante des pieds sont indemnes.

Les éléments sont disséminés sans ordre, ils sont *papuleux* et *maculo-papuleux*.

Les papules prédominent; elles sont rouges, arrondies, assez sail-lantes, un peu brillantes; de la taille d'une lentille. Par le grattage, la couche cornée s'enlève facilement, sous la forme d'une mince pellicule, qui laisse à nu une surface un peu humide et d'un rouge brillant.

Les éléments plus âgés papulo-maculeux sont recouverts de squames purpuracées.

Les papules sont sensiblement infiltrées. A la pression elles restent légèrement jaunâtres.

Macules et papules sont un peu livides aux parties déclives.

Les lésions ne laissent après elles ni cicatrices, ni atrophie, ni pigmentation. Elles se recouvrent, avant de disparaître, d'une squame sèche et mince, qui persiste parfois assez longtemps.

Les muqueuses et les ongles sont intacts.

Urticaire factice, facile à mettre en évidence.

Pas d'affection organique. Les urines sont normales.

Examen histologique, d'une papule squameuse de la grandeur d'une tête d'épingle, prélevée sur la face postérieure du bras droit :

Mêmes lésions que dans l'observation précédente.

A la squame plus apparente correspond un amas plus grand de lamelles cornées et une parakératose encore plus marquée.

L'œdème et les autres lésions épithéliales ou conjonctives sont également plus accusés.

*
* *

A la lecture de ces observations, il est difficile de ne pas être frappé par les ressemblances qu'elles présentent. Cependant, celles de Török, méritent, il me semble, une

place à part, et peut-être aussi celles de Jadassohn. Dans les cas de Juliusberg, Rona, Bucek, l'éruption est papulo-maculeuse (1); elle est purement maculeuse dans les deux cas de Török; et Jadassohn ne parle nullement de macules, mais seulement d'élevures légèrement infiltrées et squameuses (2). Je ne trouve pas non plus mention de macules dans les observations de Neisser et de Pinkus; mais il me paraît, à l'opposition que ces auteurs établissent entre les papules et les autres éléments, qu'on doit considérer ces derniers comme des macules.

Une première question se pose : les ressemblances l'emportent-elles sur les différences. S'agit-il d'une même affection ?

Jadassohn croyait à l'identité de ses cas et de celui de Neisser, qu'il avait vu à Breslau en 1894.

Rona a intitulé son éruption maculo-papuleuse : « Morbus Jadassohnii ». Pinkus adopte pour la sienne le même titre que Jadassohn avait placé en tête de sa première observation « exanthème lichénoïde et psoriasiforme ».

Juliusberg a admis cette identité sans contestation, et il a réuni tous les cas précédents. Török et M^{me} Bucek ont discuté la question et y ont répondu par l'affirmative. La marche chronique, l'absence ou le peu d'importance des symptômes subjectifs, une fine desquamation furfuracée, au-dessus d'un épiderme rouge, sans infiltration le plus souvent, la distribution de ces lésions en foyers isolés, paraissent à Török, plaider en faveur de l'unité et entraîner la conviction. Aux

(1) Même lorsque le mot papule n'est pas prononcé, ou lorsqu'on fait remarquer que la saillie n'est due qu'à la squame, on note toujours de l'infiltration au-dessous de l'élément.

(2) Je ne sais pourquoi M^{me} Bucek qui a vu cette différence et décrit des formes nodulaires, maculeuses et mixtes, range dans la première, à côté de celle de Jadassohn, les observations de Neisser, Juliusberg, Rona, Pinkus, et même une de ses observations personnelles, qui serait tout au plus une forme de transition. — J'ajoute encore pour ce dernier cas et ceux de Neisser et Pinkus, mais les cas I et II de Juliusberg et l'observation de Rona !

arguments précédents, M^{me} Bucek ajoute encore cet aspect qui fait hésiter tout d'abord entre le lichen et le psoriasis; la desquamation insignifiante; le peu de tendance à l'hémorragie par le grattage; la régularité avec laquelle le cuir chevelu et les muqueuses sont épargnées par l'éruption; et enfin la présence de faits de passage entre les différents types. Les ressemblances histologiques lui paraissent surtout valoir une preuve sans réplique; on retrouve toujours, dit-elle, un peu d'hyper et de parakératose, un léger degré d'acanthose, avec un peu d'exocytose, et quelques signes d'inflammation dans la partie supérieure du derme. Elle ajoute presque aussitôt, il est vrai, que ces signes lui paraissent bien peu caractéristiques, et qu'il est impossible de faire, en se basant sur eux, le diagnostic de parapsoriasis.

En présence de cette unanimité, la question me paraîtrait tranchée, si Neisser, qui avait comparé les deux malades, n'avait hésité (1) à reconnaître l'éruption qu'il décrivait, dans celle que Jadassohn intitulait : « Dermatitis psoriasiformis nodularis ». J'ignore l'opinion actuelle du professeur de Breslau sur ce sujet. L'hésitation qu'il a montrée en 1894 m'encourage à soulever quelques objections contre l'assimilation des deux dermatoses, objections qui s'appliqueront mieux encore aux deux cas de Török.

C'est M^{me} Bucek qui a donné en faveur de l'unité le plaidoyer le plus documenté. C'est donc en face de ses arguments que je dois exposer mes doutes.

Elle a fait elle-même le procès de son argumentation histologique, on vient de le voir. Reste son faisceau de preuves cliniques : caractères évolutifs, aspect morphologique, et faits de transition.

Les deux premiers ne me paraissent pas à l'abri de toute

(1) JADASSOHN. Dermatitis psoriasiformis nodularis. *Feitschrift zur Erhen, von Kaposi*, 1900 : « Neisser n'était pas fixé sur l'identité de ces deux cas. Pour ma part, j'y crois. »

critique. Peut-on sur des caractères purement négatifs, comme la marche chronique, la résistance au traitement, le peu de symptômes subjectifs, baser une classification, et asseoir un groupement solide ? M^{me} Bucek elle-même après avoir invoqué ces caractères, n'en paraît pas tenir compte sans réserves, puisqu'elle a laissé près des autres le premier cas de Jadassohn, dans lequel un traitement par l'alcool pyrogallé a amené une guérison rapide.

Est-ce vraiment un signe positif, que cette apparence intermédiaire au lichen et au psoriasis ? Ce sont des limites bien vastes, et l'image qu'évoque cette définition me semble vague.

Si l'on descend au détail, cette impression se confirme, peut-on trouver quelque ressemblance entre les cas décrits par Török et ceux de Neisser, Juliusberg, Rona ? Ceux mêmes de Jadassohn paraissent encore sur ce terrain, se séparer des autres. Ils comportent des papules bien particulières : toutes sont surmontées d'une squame, plus épaisse au centre qu'à la périphérie, et souvent plus large que la papule elle-même. On provoque toujours une hémorragie, en arrachant cette squame. L'élément est acuminé à sa période de début ; il se déprime au centre, lorsqu'il acquiert des dimensions plus grandes. Est-ce là la papule décrite par Neisser et Juliusberg : papule luisante, non squameuse au début, et qui ne se recouvre que tard de squames fines ? Cette papule aussi s'applatit ensuite, mais elle ne se déprime jamais au centre. A aucun moment le grattage n'occasionne une hémorragie appréciable.

Il faut retenir l'aveu de M^{me} Bucek : « A lire ces différentes observations, on croirait avoir sous les yeux la description de dermatoses différentes, bien plutôt que de formes différentes d'une même affection ». J'y souscris sans hésitation ; et l'aspect morphologique, non plus que l'histologie ou le

mode d'évolution, ne me semble propre à établir de façon indiscutable l'unité du groupe, et à rapprocher des éruptions maculo-papuleuse de Neisser, Juliusberg et Rona, l'éruption maculeuse de Török ou même l'éruption papuleuse de Jadassohn.

Par deux fois, j'ai cru avoir rencontré celle-ci, je vais rapporter ces deux faits personnels. Chaque fois, j'ai assimilé l'affection que j'avais devant les yeux à celle qu'a décrite le professeur Jadassohn, et je l'ai opposée aux descriptions de Neisser et Juliusberg. Peut-être l'un de mes deux cas, rentre-t-il en effet, dans la dermatitis nodularis psoriasiformis, et il me serait difficile alors de conserver la conception uniciste des auteurs précédemment cités. J'ai pu cependant me tromper à deux reprises ; à coup sûr, une fois, au moins mon interprétation a été fausse, car les deux cas ne se ressemblaient pas. Il est permis par suite, de douter qu'elle ait été juste l'autre fois. Je donne donc, en réunissant les deux faits, un argument contre mes propres critiques. Il n'a qu'une valeur *ad hominem*, mais je n'y peux rien répondre. Il ne me déplaît pas de fournir ainsi des armes pour servir à des opinions contraires dans une querelle où je ne peux guère prendre parti : car il faut reconnaître que si les premiers arguments de M^{me} Bucek sont contestables, je dois m'incliner devant le dernier, qu'elle appuie sur des faits de passage vus par elle, et par d'autres avant elle.

Mes deux observations serviront au moins si elles ne doivent pas rentrer dans la dermatitis nodularis psoriasiformis, à montrer la richesse de ce filon situé entre le psoriasis et les lichens, qu'on commence à peine à connaître.

Observation XXI (Résumée, personnelle).

M. X., 37 ans, vient consulter M. Brocq. Il a vu déjà le professeur Boeck qui le croit atteint de parapsoriasis.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents héréditaires. Il a toujours été bien portant. Son affection cutanée date de plus de deux ans, vraisemblablement. A ce que dit le malade, il aurait consulté le Dr Boeck, il y a deux ou trois ans, pour une éruption où le professeur de Christiania aurait vu une syphilide superposée à une dermatose indéterminée. Depuis six mois, des modifications seraient survenues dans l'éruption, la dermatose demeurerait seule, après disparition de la syphilide.

Elle est sujette à des poussées si le malade fait un écart de régime, ou même s'il transpire abondamment.

Elle est généralisée; elle ne respecte le cuir chevelu, le visage et la plante des pieds; elle manifeste une prédilection sensible pour la partie antérieure du tronc et de la face de flexion des membres. Sa coloration est plus sombre sur les membres inférieurs. Elle est polymorphe. La plupart des éléments sont de la taille d'une tête d'épingle en verre, à peu près; ils peuvent se grouper autour des quatre types suivants. Le malade affirme que ce sont quatre stades successifs d'une évolution qui s'achève d'ordinaire en quinze jours.

a) C'est d'abord une papule hémisphérique, blanche, puis rosée, pâlisant mais ne s'écrasant pas à la pression. Le grattage ne décèle pas à la surface la moindre squame.

b) De rose elle devient franchement rouge. Elle reste encore saillante, tout en commençant déjà à s'étaler un peu.

c) Elle devient ensuite jaunâtre, et cette teinte ne s'efface plus à la pression. En même temps, la surface devient rugueuse, l'épiderme se ternit. Toute la saillie est formée par un épaissement de l'épiderme, ou plutôt de la couche cornée.

De même, la coloration jaunâtre est due en partie à cette masse cornée qu'un coup d'ongle violent arrache en bloc. Au-dessous apparaît le corps muqueux lisse, luisant, parfois un peu déprimé au centre. Il n'est pas rare qu'une goutte de sang vienne sourdre au fond de cette dépression.

Le bloc ainsi arraché est homogène et assez solide. Il paraît imbibé d'un peu de sérosité. C'est donc une croûte plutôt qu'une squame, en dépit de sa surface presque lisse et de sa coloration.

d) La croûte s'est desséchée, la saillie s'est effacée, et l'élément n'est plus représenté que par une squame jaunâtre ou blanchâtre, posée sur la peau saine, toute prête à tomber au moindre frottement. Au-dessus, l'épiderme apparaît encore un peu déprimé, et légèrement pigmenté. Ce stade est extrêmement court et difficile à saisir.

A côté de ces éléments *papuleux*, on trouve des éléments plus larges, plus plats, rouges ou bruns, à peine saillants, où l'on retrouve les mêmes phases, mais sans papulation nette: ce sont plutôt des éléments *maculo-squameux* que papuleux. Ils se terminent par une macule légèrement pigmentée. Il est vraisemblable qu'il y a une pa-

renté entre les deux séries d'éléments; elle n'est pas possible à démontrer par des transitions.

Le diagnostic de parapsoriasis est rejeté, à cause de la présence d'éléments papuleux; la période où ils prennent l'apparence d'une squame de parapsoriasis n'est du reste, que passagère, et échappe pour la plupart des éléments. L'éruption dans son ensemble n'a pas du tout l'aspect du parapsoriasis (1).

L'examen histologique fait écarter également le diagnostic de parapsoriasis.

J'ai prélevé un élément arrivé au stade b et un autre au stade c. Le premier a été fixé dans l'alcool, le second dans le bichromate formolé.

Les deux ont été débités en séries.

b) La saillie est due à la fois à un épaissement énorme de la couche cornée, à une hyperacanthose légère qui porte surtout sur les bourgeons intrapapillaires, à de l'œdème et de l'infiltration du corps papillaire.

La couche cornée est en réalité transformée, dès ce stade, en croûte. C'est une série d'assises superposées, composées de blocs semblables à ceux qui ont été décrits dans l'Obs. XVIII, imbibés de sérosité et de leucocytes, séparés les uns des autres par des lames de parakératose sèche; ou seulement ils sont dus à la longueur de la papule elle-même, qu'ils recouvrent d'un bout à l'autre. Les couches superficielles du corps muqueux ont dû se nécroser tout d'une pièce sur toute l'étendue de l'élément.

Ce processus n'est pas éteint encore: au-dessous de la squame, les cellules malpighiennes superficielles présentent les lésions caractéristiques qui précèdent l'élimination de la croûte élémentaire. Les couches inférieures ont des cellules bien colorées et à contour très net, malgré qu'elles soient au voisinage, ou au contact d'un corps papillaire œdématié et bourré d'infiltration qui, par places, pénètre assez largement dans le corps muqueux.

Cette infiltration constitue la lésion dominante, et donne à la lésion son caractère. Elle est, en effet, remarquable par son abondance, sa régularité, son homogénéité, son peu de densité, et la présence de multiples cavités lymphatiques béantes et dilatées qui la sillonnent. L'aspect est presque néoplasique. Vu de près, ce n'est pourtant qu'une infiltration de lymphocytes, de plasmazellen minuscules et de quelques polynucléaires. Ces cellules sont en amas compacts au voisinage immédiat des capillaires sanguins, puis se diffusent dans le

(1) Nous n'avions pas vu encore les trois cas rapportés dans les Obs. XVII, XVIII et XIX dont les changements brusques d'aspect nous ont si fort embarrassés. Nous n'aurions pas pu cependant en rapprocher ce cas. Les trois précédents n'ont jamais présenté cette squame épaisse dont la présence constitue toute la saillie. Les figures histologiques, d'ailleurs, diffèrent sensiblement.

corps papillaire œdématisé, dont les fibrilles se dissocient et se gonflent. Il n'y a pas apparence de réticulum.

L'infiltrat érode la face profonde du corps muqueux. Les bourgeons interpapillaires s'effilent, les papilles s'élargissent en coupoles; c'est presque l'apparence que présente le bord inférieur du corps muqueux dans le lichen.

On trouve même dans l'infiltrat des blocs colloïdes, cadavres de cellules malpighiennes détachées de la germinative, comme dans le lichen. Une fente lymphatique béante, arrivée sans doute par distension de la papille au contact de la couche inférieure du corps muqueux, complète la ressemblance. Cependant l'infiltrat est tout différent, et l'usure du corps muqueux moins considérable. La confusion serait impossible, sans qu'il y ait même lieu de faire intervenir l'aspect des couches supérieures, qui n'ont plus rien de lichénien. Si une comparaison était possible, ce serait beaucoup plutôt avec le prurigo qu'avec le lichen.

Cette infiltration ne dépasse pas le corps papillaire et n'envoie pas de prolongements le long des vaisseaux communicants. Les capillaires, entourés par l'infiltration, ont leurs parois notablement épaissies.

A noter, enfin, que la squame pénètre dans les follicules pileux par des prolongements émanés de sa face profonde, qui adhèrent intimement aux parois de l'infundibulum.

Elle obture de même l'orifice d'abouchement des tubes sudoripares.

c) Au stade suivant, la squame a la même apparence. Elle est seulement plus épaisse, et commence à se détacher par places. En ces points, les cellules malpighiennes supérieures commencent à se charger de quelques gouttelettes d'éléidine.

Le corps muqueux est moins œdématisé.

Le corps papillaire n'est plus infiltré, mais seulement œdématisé. Les capillaires sont encore, cependant, entourés de quelques cellules rondes.

Çà et là, isolés dans l'œdème, des blocs colloïdaux, vestiges de cellules malpighiennes incomplètement digérées.

Au total, l'histologie pas plus que l'examen clinique ne peut indiquer, avec quelque netteté, la place à attribuer à cette observation dans nos cadres nosologiques.

Observation XXII (résumée, personnelle).

Femme, 45 ans, est traitée dans le service de M. le Dr Brocq pour une éruption squameuse généralisée, dont elle est atteinte depuis un an environ. Cette affection a été assez prurigineuse au début.

Le prurit ne revient plus maintenant que par accès éloignés. La malade est extrêmement nerveuse.

L'éruption est discrète, elle se distribue par petits éléments assez éloignés les uns des autres, sur les membres, sans prédilection particulière pour la face de flexion ou d'extension, sur les flancs, le dos, les fesses, le ventre. Elle respecte le visage, le cuir chevelu, le cou, la face antérieure du thorax, les plis articulaires et les extrémités.

Les éléments sont presque tous péripilaires. Ils sont tous de même taille, et présentent tous le même aspect. Ce sont de petites papules, de la grandeur d'une petite lentille, jaunâtres plutôt que rouges, qui donnent au toucher une impression de sécheresse et de rugosité assez appréciables. Le grattage produit une desquamation en « tache de bougie ». Un coup d'ongle un peu fort enlève en bloc toute la saillie jaunâtre. On s'aperçoit alors que l'apparence de papulation était due précisément à cette sorte de squame qu'on vient d'enlever. Celle-ci est plus épaisse au centre qu'à la périphérie et recouvre un épiderme lisse, luisant, rouge, et parfois un peu déprimé au centre, où viennent sourdre presque toujours une ou deux gouttelettes de sang. Ce décollement de la squame n'est pas toujours facile sur les éléments jeunes.

L'évolution de ces efflorescences est assez lente. La malade n'en peut préciser la durée. Elle sait seulement qu'elles disparaissent peu à peu, et sont remplacées par de nouvelles papules analogues.

Traitement par une pommade à l'ichthyol. Au bout d'un mois, les squames ont disparu. Il ne reste à leur place qu'une tache fauve, dernier vestige de l'élément. Quelques mois après, il se fait une récurrence.

L'examen histologique a porté sur quatre papules. Trois d'entre elles, de grandeur normale, étaient péripilaires. La quatrième, minuscule, ne présentait de rapport avec aucun follicule pilosébacé.

Les lésions sont identiques sur les quatre pièces.

L'élevure est due à une squame épaisse, reposant sur un corps muqueux sensiblement épaissi, au-dessus d'un derme œdémateux et infiltré.

La squame est lenticulaire, très épaisse, elle présente trois ou quatre fois la hauteur du corps muqueux. Sur les trois éléments péripilaires, elle envoie au centre, par sa face profonde, un long pro-

longement qui s'enfonce dans le follicule pilo-sébacé, aux parois duquel il paraît adhérer.

Les lamelles cornées qui constituent la squame et son prolongement, sont complètement kératinisées.

Le *corps muqueux* ne présente pas de stratum granulosum bien net au-dessous de la squame. Une ligne sombre marque encore sa place, mais elle est comme estompée, et n'a pas l'aspect granuleux caractéristique. Toutes les cellules épineuses sont œdémateuses. Elles sont agrandies et claires. Il y a, parfois, une petite cavité périnucléaire. Il n'y a pas d'œdème intercellulaire ; les ponts mêmes sont peu visibles. Les cellules épineuses, loin d'être écartées, paraissent être en contact plus immédiat que dans la normale. Il n'y a pas non plus d'exocytose. Il n'y a pas d'accroissement de volume des cellules ; elles sont seulement en plus grand nombre que de coutume. Le corps muqueux est au moins deux fois plus épais que dans le voisinage. Les bourgeons interpapillaires s'élargissent en même temps qu'ils s'allongent.

La germinative garde sa forme en palissade et son pigment. La basale est partout conservée. Le corps de Malpighi n'est nulle part érodé par l'œdème et l'infiltrat sous-jacent.

Le *corps papillaire* cependant est œdémateux et infiltré et ces lésions, séparées de la basale, par une bande de tissu conjonctif à la périphérie de la papule, entrent en contact immédiat avec cette membrane au centre de l'élément ; elles n'arrivent cependant pas à la rompre, et à léser le corps muqueux, dont l'indifférence vis-à-vis de phénomènes inflammatoires aussi proches est absolument remarquable. On peut dire que c'est là le caractère histologique absolument particulier de cette papule.

L'infiltrat du corps papillaire n'est pas très dense. Il se compose de cellules rondes et de quelques plasmazellen. Il envoie des traînées périvasculaires en largeur plus qu'en profondeur. Il ne s'enfonce pas autour du follicule pilo-sébacé qui centre presque toutes les papules. Il ne pénètre pas à ce niveau plus avant dans le derme que partout ailleurs ; et l'on peut se demander si la présence du follicule a un rôle dans l'architecture du nodule.

Si le second cas me paraît encore, à l'heure actuelle, superposable très exactement à ceux de Jadassohn dans le domaine de la clinique (squame lenticulaire qui constitue toute la saillie ; hémorragie ; distribution souvent péripilaire, guérison facile ; récurrence rapide) et de l'anatomie pathologique (infiltrat identique, germinative intacte, couche cornée et granuleuse presque intacte) il faut bien avouer qu'en schématisant les ca-

ractères cliniques du premier, on rétablit le même tableau qui se complète encore par l'apparition de poussées à la suite de transpirations abondantes. Les caractères histologiques suffisent-ils à empêcher tout rapprochement? Ou faut-il les regarder comme constituant une modalité passagère d'un processus au fond identique? Cette dernière hypothèse pourrait se soutenir. En ferait-on la démonstration, j'inclinerais encore à la première, impressionné par les nuances qui séparaient les deux éruptions qui deviennent évidentes si l'on sort du schéma. C'est cette opposition du schéma à la réalité qui constitue l'argument le meilleur à opposer à toute critique de textes. J'ai dit qu'il ne me déplaisait pas de l'appliquer aux miennes; et j'ai voulu mettre moi-même en relief, avec ces deux cas et les erreurs ou les hésitations qu'ils ont provoquées, le danger toujours menaçant de s'égarer dans la lecture des observations, même les plus précises, d'y reconnaître des cas à qui elles ne se rapportent pas; et, par conséquent aussi, les risques qu'on court à juger et à classer des faits sur de simples descriptions. Commenter un texte est plein de périls. Les gloses les mieux fondées en apparence perdent toute leur valeur au prix d'une impression visuelle, et l'analyse la plus patiente d'une observation n'arrivera jamais au degré de certitude que peut donner à un œil exercé un examen, même rapide, du malade qui en fait le sujet.

Toutes mes objections tomberaient donc, si l'on veut, en dernier ressort, devant ce fait invoqué par M^{me} Bucek, que les auteurs cités plus haut ont définitivement établi l'unité du groupe dermatitis nodularis psoriasiformis, au moyen des transitions insensibles que leur offraient les malades qu'ils avaient sous les yeux; et si l'on retrouvait en effet ces transitions dans leurs observations. On en trouve moins que ne le croit M^{me} Bucek, et son argument n'est, en définitive,

irréfutable, qu'autant qu'il s'agit d'identifier la dermatose de Jadassohn et celle de Neisser.

Il importe en effet, ici, de distinguer entre l'assimilation aux éruptions papulo-maculeuses, des éruptions uniquement papuleuses de Jadassohn et des éruptions seulement maculeuses de Török. La première est facile ; le passage de l'un à l'autre type est aisé : c'est pure question d'évolution plus ou moins achevée des éléments. La transformation de la macule en papule a été prise sur le vif ; et d'autre part, si l'on tient compte de la physionomie générale de l'éruption, et non plus seulement de l'évolution d'un élément en particulier, le second cas de Jadassohn fait la transition ; à tout prendre, il ne diffère peut-être pas sensiblement du second cas de M^{me} Bucek.

Il n'en est plus de même si l'on arrive aux cas de Török. Ici, l'évolution de l'élément ne montre jamais de stade papuleux et ni l'auteur ni M^{me} Bucek n'ont vu de transitions à proprement parler.

L'importance de ce lien aurait été grande car les rapports de la dermatitis nodularis psoriasiformis et des parapsoriasis se seraient ainsi trouvés péremptoirement établis. Il n'est pas douteux, en effet, que le cas I de Török puisse aisément rentrer dans le parapsoriasis en gouttes (éléments sans infiltration, allant de la taille d'un grain de millet à celle de l'ongle, couverts de fines squames, et ne saignant pas au grattage) ; son cas II rentre pareillement dans le parapsoriasis en plaques (taches de la grandeur de l'ongle à celle d'une main d'enfant, sans infiltration, finement squameuses, sur qui le grattage fait des traînées blanchâtres). Si l'on devait assimiler ces deux cas aux dix autres, ils se trouveraient logiquement tous englobés dans le parapsoriasis.

Mais la séparation est nette, et lorsque M^{me} Bucek et Török

lui-même la tiennent pour négligeable, je m'inscris contre leur opinion. Elle me paraît ne reposer que sur la base fragile où je n'osais plus haut m'aventurer : ce sont des descriptions que ces deux auteurs comparent à leurs propres cas, et non des faits observés par eux. Et d'ailleurs, il me paraît même difficile que de cette comparaison, ils puissent conclure à l'existence de transitions.

Il est permis de penser, quand on lit leurs travaux que leur conviction vient peut-être du dehors, et qu'ils ont seulement accueilli sans discussion une opinion indiquée déjà par d'autres.

C'est ainsi que Török ne s'arrête pas à placer ses deux observations dans la dermatose de Jadassohn Neisser, il rapproche encore de celles-ci la parakératosis variegata de Unna, et les Erythrodermies pityriasiques de Brocq. L'inspiration étrangère est évidente ici. C'est Brocq qui en 1897 avait soupçonné cette parenté entre ses érythrodermies pityriasiques en plaques et la parakératosis de Unna; en 1900, Crocker proposait de joindre aux deux premières, la dermatose de Jadassohn. Török frappé par la ressemblance de ses deux observations avec celles de Brocq, ne se serait-il pas servi de cette similitude incontestable et des rapports qu'il a cru établis, d'autre part, entre la dermatose de Brocq et le pityriasis lichénoïdes chronica, pour arriver à placer ses deux cas à côté de ceux de Neisser, Rona, Pinkus et Jadassohn? Mais la démonstration sur quoi il se basait n'était pas faite. Crocker n'apportait pas de preuves; et la question reste encore en suspens. C'est elle, précisément, que je voudrais essayer de résoudre.

L'influence étrangère est plus visible encore dans la thèse de M^{me} Bucek, qui conclut, de même à l'identité de tous ces cas, auxquels elle joint les siens, du parapsoriasis de Brocq, et de la parakératosis variegata de Unna. On croirait

ce travail écrit par un élève de Brocq... qui aurait outré un peu la doctrine de l'Ecole et supposerait démontrées des hypothèses que son maître, faute de preuves, a avancées avec quelques réticences (1).

L'identité des dermatoses de Jadassohn, Neisser et de celle de Brocq n'est en effet, et c'est ce qui résulte de cette longue discussion, rien moins que certaine; Török et M^{me} Bucek l'ont affirmée sans la prouver et elle ne peut ressortir de l'étude des douze cas cités plus haut. Il est facile de s'en rendre compte, en opposant les tableaux résumés des principaux caractères morphologiques des deux affections.

L'élément de la dermatitis nodularis psoriasiformis, ou pityriasis lichénoïdes chronica présente au cours de son évolution, des apparences très diverses :

C'est d'abord une papule accuminée, ou plate, rouge, luisante, sans squames (Neisser, Juliusberg cas III, Pinkus, Rona). L'aspect est franchement lichénoïde.

Puis apparaît une squame (tous les cas). L'élément s'aplatit, et il peut arriver que l'élevure ne soit plus due qu'à la squame elle-même (Juliusberg cas II). L'aplatissement commence parfois par le centre et la squame, plus épaisse au centre qu'à la périphérie, paraît combler cette dépression centrale (Jadassohn, cas I). L'aspect est alors vraiment psoriasiforme. En arrachant cette squame, on provoque une petite hémorragie.

Ce second stade ne va pas toujours jusqu'à la squame psoriasiforme, la couche cornée perd d'abord son adhérence.

(1) « Nous allons essayer de les préciser (les diverses formes cliniques) en n'utilisant que les cas que nous avons vus nous-mêmes pour ne pas nous exposer à des erreurs d'interprétation; en essayant d'apprécier et de classer des documents d'après la simple lecture des observations. » Brocq. Le parapsoriasis p. 446 — et, plus loin, à propos des parapsoriasis en gouttes; « c'est très probablement à ce type que se rapportent les cas de Jadassohn » Id p. 447.

Elle paraît comme distendue (Juliusberg cas III) et s'enlève facilement sous forme d'une mince pellicule (Bucek cas I et II), puis se couvre de squames furfuracées (Neisser, Juliusberg cas I, II et III; Pinkus). C'est la forme la plus commune. L'hémorragie au grattage n'est pas constante.

Puis l'élément, conservant toujours cette desquamation furfuracée, s'aplatit encore, s'élargit, s'étale (Jadassohn, cas II, Bucek, cas II), perd son infiltration et forme une simple macule érythémato-squameuse (Neisser, Juliusberg, cas I, II et peut-être III; Rona, Bucek, cas I).

Enfin Juliusberg mentionne, ça et là, dans son cas III, quelques squames de la grandeur de l'ongle et de couleur brune. C'est peut-être la forme ultime. Elle n'est, en tout cas, citée que dans ce cas.

On le voit, nous sommes loin de l'élément maculo-squameux du parapsoriasis : simple tache plate au début, avec un épiderme « chagriné » (1), qui bientôt se modifie, s'épaissit, devient lisse et perd ses plis pour former une squame plate, sèche, de la dimension de l'ongle. On vient de lire que Juliusberg en a trouvé de pareilles, mais dans un cas seulement, et il n'y attache aucune importance, je note cependant ce point de contact entre les deux éruptions, par ailleurs, si différentes. Il faut avouer qu'il est bien insuffisant pour les faire confondre.

Le rapprochement au nom de l'histologie n'est pas plus justifié. Les éléments papuleux de la dermatitis nodularis psoriasiformis ont toujours présenté un infiltrat massif du corps papillaire, riche en polynucléaires et même en mastzellen, une exocytose intense dans le corps muqueux, et souvent une prolifération épithéliale, qui n'ont jamais leur

(1) Je n'ose employer ici le terme pseudo-lichénien dont je me suis servi souvent dans ma description, de peur de causer une confusion avec le terme lichénoïde employé dans un sens tout différent par les auteurs allemands pour caractériser leur papule à son premier stade.

équivalent dans le parapsoriasis. Je ne parle pas des différences de structure de la squame. Elles étaient déjà apparentes dès l'examen clinique. Les différences des autres lésions, à part la présence des polynucléaires et de mastzellen, pouvaient de même se prévoir d'après le simple aspect macroscopique.

Il s'en faut, d'ailleurs, que l'École allemande tout entière, ait admis ce rapprochement. Juliusberg sépare dans son chapitre de diagnostic, le pityriasis lichénoïdes chronica des érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées.

Le professeur Rille, de son côté, a protesté hautement. Je ne l'ai appris que récemment (1). J'ai eu le très vif plaisir de retrouver mes propres objections sous sa plume.

Mais déjà elles me paraissent moins solides, car mes trois observations XVII, XVIII et XIX, étaient venues me prouver que des éruptions papuleuses pouvaient se transformer en éruptions maculo-squameuses parapsoriasiformes. Deux de ces cas avaient été étiquetés parapsoriasis par M. Brocq. Ils me paraissent constituer, au plus haut degré, les faits de passage qui me semblaient manquer entre la dermatose de Jadassohn et le parapsoriasis.

A les regarder de près, je ne suis même pas sûr que ce ne soit pas précisément trois cas de dermatitis psoriasiformis nodularis. Il en serait naturellement de même du cas d'Eudlitz.

Je reprends le schéma de la lésion élémentaire que j'ai établi d'après mes trois observations (2).

C'est d'abord une papule hémisphérique de la grandeur d'une lentille, plus ou moins infiltrée, au niveau de laquelle l'épiderme conserve son aspect normal. Un grattage brutal provoque une petite hémorragie. Ce premier stade est relati-

(1) RILLE. *Loco cit.* — Traduction Doyon. *Annales de Dermat.* Octobre 1905.

(2) Voir p. 145.

vement court. *Puis l'infiltration disparaît et l'épiderme se modifie.* Jusque là l'identité est absolue. Elle est moins apparente ensuite. *Le terme des modifications subies par l'épiderme est l'apparition d'une squame mince, sèche, peu adhérente, qui paraît posée à plat sur la peau saine.* De cette squame, il n'est question que dans une observation de Juliusberg ; partout ailleurs, il n'est fait mention que de taches présentant une desquamation furfuracée. Mais il faut remarquer qu'à certaines périodes elle faisait défaut dans mes propres cas, et qu'avant sa formation, l'épiderme se flétrit, prend un aspect chagriné, où le grattage dessine des stries blanches. Ne serait-ce pas le stade qu'ont vu Neisser, Juliusberg, Pinkus, Rona, Bucek ; et où un traitement, appliqué trop tôt, a pu immobiliser l'élément ? L'hypothèse est au moins plausible, et l'identité pour être moins apparente, peut encore se soutenir.

L'assimilation est possible encore sur le terrain de l'histologie. Les papules de dermatitis psoriasiformis nodularis, que j'opposais aux macules de parapsoriasis s'accoutument fort bien d'être comparées aux papules prélevées chez M^{me} L. (Obs. XVIII). Même prolifération épithéliale, même indécision dans la constitution de la squame, plus ou moins complètement formée suivant les cas ; mêmes phénomènes inflammatoires de l'épiderme (œdème, exosérose, exocytose) mêmes phénomènes d'inflammation aiguë dans le derme (amas cellulaires compacts ; présence de polynucléaires).

L'évolution par poussées est la même. Les conditions d'âge sont identiques, et aussi l'absence de symptômes subjectifs, la durée indéfinie de l'éruption, sa résistance aux traitements. Ces caractères, secondaires et insuffisants à établir par eux-mêmes l'identité des deux dermatoses, n'en ont pas moins une valeur, lorsqu'ils s'ajoutent encore à des ressemblances morphologiques.

C'est ici le cas, et je crois qu'il ne reste guère de place au doute si l'on veut ranger mes trois observations et celle d'Eudlitz à la suite des premières que j'ai résumées en tête de ce chapitre.

Il m'est difficile, par conséquent, de ne pas étendre à celles-ci l'hypothèse d'une origine tuberculeuse, que j'ai admise pour les miennes. Ce n'est qu'un raisonnement par analogie; je ne m'en dissimule pas l'incertitude, et ne prétends pas quitter le domaine des hypothèses. J'ai déjà expliqué, plus haut, comment cette communauté d'origine faciliterait la fusion de mes trois cas avec les parapsoriasis, et combien cette fusion est difficile sur tout autre terrain. Il en serait de même, par suite, pour la dermatitis nodularis psoriasiformis.

C'est autour de cette question de l'identité des dermatoses de Brocq et de Jadassohn que gravitait tout ce chapitre; et je n'y peux faire de réponse que sous cette forme vague et conditionnelle, qui pour le moment vaut presque une négation. Encore est-ce par un détour, faute duquel il m'aurait fallu répondre négativement et sans réserve, et grâce au hasard heureux de ces trois observations découvertes dans les circonstances que l'on sait. J'ai pu les identifier à celles des Allemands; elles ont été elles-mêmes rangées quelque temps dans les parapsoriasis; elles en sont au moins tout près. Je l'ai dit dans ma deuxième partie. Je n'ai pu aller plus loin; je dois donc m'arrêter encore ici; et je ne peux pas formuler, d'après les faits positifs et tangibles de morphologie pure, la double équation qui assimilerait la dermatitis nodularis psoriasiformis au parapsoriasis. Le résultat définitif reste entaché de l'indécision de l'un des deux termes. Je ne suis donc arrivé par ce détour qu'à trouver des faits intermédiaires, et le problème n'est pas résolu. J'ai suivi Jadassohn, Juliusberg, Pinkus, Rona, lorsqu'ils assimilaient la dermatitis nodularis psoriasiformis

au pityriasis lichenoides chronica, au nom de faits de passage vus par eux. J'ai refusé d'identifier, avec Török et M^{me} Bucek, qui ne me fournissaient pas de transition, la dermatose de Jadassohn-Neisser et celle de Brocq. Cette transition, je l'apporte moi-même, et j'hésite encore, tant l'écart me paraît grand. Je me laissais volontiers guider, parmi des faits de passage, par les auteurs que je viens de citer ; je n'ose m'y engager seul à mon tour. J'ai voulu, ici encore, un guide. Je n'en pouvais trouver de meilleur que l'auteur même des parapsoriasis. Or, il a vu les cas auxquels je fais allusion ; il les a rangés d'abord dans son groupe, puis les en a rejetés, et n'ose aujourd'hui encors se proncer, après avoir reconnu le mécanisme, par lequel ils y rentraient ou en sortaient alternativement. J'aurais scrupule à m'aventurer seul au delà.

CHAPITRE II

ECOLE ANGLAISE

*Parakérosis Variegata. Lichen Variegatus
et Parapsoriasis*

Chose remarquable, c'est à la littérature anglaise qu'il faut avoir recours si l'on veut étudier la parakeratosis variegata de Unna. Cette dermatose est-elle plus fréquente en Angleterre ? Y est-elle seulement mieux connue ? Je ne sais. J'inclinerais cependant volontiers vers cette dernière hypothèse. Elle est très admissible, si l'on se rappelle qu'au Congrès d'Edimbourg (898) (1), Unna a eu l'occasion de faire, sur ce sujet, à propos des trois cas présentés par Allan Jamieson, une véritable démonstration pratique. Quoi qu'il en soit, nous trouvons de 1898 à 1901 six cas de parakeratosis variegata publiés coup sur coup par les dermatologistes anglais.

L'identité des descriptions ne permet guère de douter que la pensée de Unna ait été bien comprise. Elles concordent d'ailleurs exactement avec les deux observations primordiales de Unna, Santi et Politzer. Il s'agit bien évidemment d'une même dermatose ; la lecture des documents ne laisse pas place au doute. Les auteurs de ces publications, se réclament tous du maître de Hambourg. A. Crocker même qui propose

(1) V. historique.

le nom nouveau de lichen variegatus, emploie encore plusieurs fois le mot parakeratosis variegata. Et l'on se demande pourquoi C. Fox et Mac Leod présentent comme douteux les trois cas d'Allan Jamieson, qui sont la base de tout cet édifice.

Observations de Unna.

1. — CAS I (Observation recueillie par le Dr SANTI). — Homme robuste, 33 ans. Pendant son service militaire, au cours d'une période de grosses chaleurs, il eut sur le corps des taches rouges et entre les doigts des rhagades qui suintaient. Le tout disparut très rapidement et complètement. La maladie actuelle débute en 1885. Le malade a, jusque-là, travaillé et voyagé beaucoup. Il a abusé du vin. Depuis trois ou quatre ans, il est redevenu sobre.

Début brusque par l'apparition de taches rouges ni élevées, ni infiltrées, sur les membres supérieurs, la poitrine, le cou. Les membres inférieurs, le dos, les pieds furent pris ensuite. Aucun symptôme subjectif. L'état général est bon. La chaleur, et surtout le froid, rendent l'éruption plus apparente. La peau devient alors plus rouge et rugueuse, surtout au froid.

Jusqu'ici, la tête, les paumes des mains, la plante des pieds sont indemnes. Sur le front, deux ou trois petites taches ont disparu. On essaie l'arsenic, les bains sulfureux, les bains de sublimé. Le malade prétend avoir remarqué parfois sur sa langue une couche (?) blanchâtre, invisible maintenant.

Etat actuel. — La plus grande partie du corps est envahie par une éruption rouge, qui laisse seulement, au tronc et aux extrémités supérieures, des plaques de peau saine, arrondies ou irrégulières, de la grandeur d'une pièce de 1 pfennig ou de 1 mark. Ces plaques de peau saine paraissent en creux au milieu des parties lésées qui sont saillantes. Celles-ci, en outre de leur rougeur, sont recouvertes de fines squames, faciles à enlever, blanchâtres ou transparentes. La rougeur est plus intense à la partie inférieure du corps. Elle n'est même pas uniforme sur chaque région. A la base du cou, sur la nuque, sur la poitrine, sur le dos, elle varie du rose au rouge jaunâtre. Plus bas, elle est rouge bleuâtre, puis presque bleue ou rouge sombre.

A la partie supérieure du tronc et sur les bras, l'éruption fait très peu de saillie. Le bord des éléments est net, les plis cutanés y sont plus marqués qu'à l'état normal, la surface, après qu'on a enlevé les squames, est brillante. En pinçant la peau, on la trouve à peine un peu épaissie. A l'épaule droite, un anneau en relief de la dimension de 1 thaler, dont le centre est formé par de la peau saine. Dans

l'aisselle gauche, un autre anneau ; le centre est déprimé et blanc sur une surface égale à celle d'une lentille ; le bord de 0^m01 de largeur est élevé, rouge sombre, fortement infiltré, couvert de squames adhérentes. Dans les aisselles, en outre, de petites taches plates, rouge-pâle.

Sur le ventre et à la région sacrée, la saillie des éléments irruptifs est plus grande encore, et les parties saines apparaissent d'autant plus en creux. Sur les fesses, les extrémités inférieures, aux avant-bras, partout où l'éruption est plus intense et moins diffuse, on a, au toucher, l'impression d'un infiltrat dur.

Cet érythème papuleux, dans le dos, la région sacrée, et sur les fesses, est presque diffus. Sur la partie antérieure du tronc, et les extrémités supérieures, il y a plus de peau saine. Elle est comme découpée par des trainées rouges, qui s'épanouissent, se ramifient, puis se fusionnent de nouveau, rappelant les veinures du marbre.

Aux extrémités inférieures, au contraire, c'est la peau saine, ou moins modifiée, qui entoure de toutes parts les îlots rouges en relief. On voit souvent, disséminées dans les intervalles de ces lésions saillantes, de petites élevures rouge-pâle. En quelques endroits, près des poignets, sur la poitrine, au voisinage des aisselles, quelques nodules rouge-jaune, peu élevés, du volume d'un grain de poivre, mal limités. Au dire du malade, ils auraient paru dans les trois ou quatre derniers mois. Ils sont si rapprochés près des aisselles, qu'on croit assister à la formation d'une plaque, par la fusion de ces éléments. Le malade soutient que ces taches, plates au début, ont toujours une tendance à devenir de plus en plus saillantes.

Etat général parfait. Aucun symptôme subjectif.

Traitement. — Résorcine, soufre, sans résultat. Chrysarobine et pyrogallol.

Desquamation. La résistance de la peau est remarquable.

La chrysarobine est supportée beaucoup plus longtemps que dans un psoriasis ou un eczéma séborrhéique, et la guérison a été incomparablement plus tardive.

Le pyrogallol réussit mieux que la chrysarobine, il amène la guérison. Comme traitement général, fortes doses de Hcl.

Histologie. — Une papule est excisée à l'avant-bras gauche. Les couches superficielles sont, dans l'ensemble, légèrement épaissies. Les vaisseaux papillaires sont élargis. Un peu d'œdème du corps papillaire. Le derme proprement dit n'est pas lésé.

Couche cornée épaissie, aplatie, sans ondulations. Elle est formée de deux rangs de cellules.

Les cellules épineuses sont grandes ; les fentes intercellulaires très nettes. Dans les couches inférieures, et dans toute l'étendue de la papule, ces fentes sont élargies et les cellules amincies, de telle sorte que les coupes minces prennent l'aspect d'un treillis. Ailleurs, ces

fentes forment, jusqu'au milieu du corps de Malpighi, de véritables canaux, qu'on ne suit jamais jusqu'à la couche cornée.

Pas de mitoses visibles.

L'œdème intérépithélial laisse presque intactes les cellules. Il est plus considérable au-dessus des papilles, qu'au fond des bourgeons interpapillaires. Chose inattendue, on trouve peu de cellules migratrices.

Modifications analogues dans le corps papillaire. Par suite, en quelques points, la limite entre celui-ci et l'épiderme, est peu nette. L'œdème est très intense au niveau du réseau papillaire, il diminue autour des vaisseaux, à mesure que ceux-ci s'enfoncent dans le derme. Le tissu conjonctif est riche en cellules, autour des vaisseaux et des capillaires élargis. Cette infiltration est faite de cellules, vraisemblablement, d'origine conjonctive.

2. — CAS II (Obs. recueillie par le D^r POLITZER). — Homme, 27 ans. Porteur depuis sept ans d'une dermatose généralisée qui n'a pas encore été traitée.

Elle a débuté par la poitrine, et, de là, s'est diffusée. Elle s'arrête au niveau du cou, des pieds et des mains. Quelques démangeaisons par les temps secs, ou après des transpirations abondantes. Pas de remissions. Aucune modification. Jamais d'autres maladies.

Etat actuel. — Eruption allant du jaune rouge, au rouge bleuâtre, avec quelques squames grisâtres. Elle est papuleuse, et laisse en creux des plaques de peau saine, assez régulièrement distribuées. D'où un aspect marbré et *nettement réticulé*. Les plaques de peau saine sont de la dimension d'un pois, ou d'une lentille, parfois plus petites, d'autres fois plus grandes. Les parties en saillies forment des anneaux, ou des crêtes qui dessinent un *réseau*. Au niveau des nœuds formés par les mailles, l'élevure est plus apparente; il s'y trouve des papules isolées, plates et arrondies. Les mailles sont plus larges sur les poignets et les jambes. Sur le dos et les fesses, les lésions ne découpent plus d'intervalles de peau saine; elles forment des plaques diffuses, où la peau paraît rugueuse, grossièrement plissée et squameuse.

Mêmes gammes de teintes et même distribution que dans le cas précédent. Sur le dos des mains, un réseau d'acroasphyxie semble continuer l'éruption réticulée des avant-bras.

La desquamation ne se fait pas par squames abondantes, qui tomberaient et se reproduiraient sans discontinuité. Elle est due à la déchirure, à l'éclatement d'une couche cornée distendue. En quelques points, cette couche cornée s'enlève; il reste une papule lisse, luisante, en un mot lichénoïde.

Sur les limites du cuir chevelu, se trouve une rougeur légère, d'un travers de doigt de largeur, avec une légère desquamation.

Aucun symptôme subjectif.

Traitement. — Goudron, puis chrysarobine. Après quelques

semaines, il ne reste, de l'éruption en réseau, que des papules isolées. Elles se distinguent de celles du lichen plan, par une coloration plus pâle, un contour irrégulier, l'absence de tout épaissement de la couche cornée, une forme moins aplatie. — Au total, peu de réaction à la chrysarobine. Nulle part de rougeur appréciable. Amélioration plus lente que s'il s'agissait d'un psoriasis. Le malade sort après trois semaines et demie, très amélioré mais non guéri.

Histologie. — Excision sur l'avant-bras droit d'un fragment de la grosseur d'une lentille.

Épaississement de la couche épineuse. Léger élargissement des vaisseaux, œdème et infiltration du corps papillaire. Le derme est relativement indemne.

La couche claire et transparente qu'on voit dessous de la couche cornée noircie par l'osmium (Flemming) est anormalement épaissie (deux rangées de cellules).

Les crêtes épithéliales sont élargies et fusionnées.

Les papilles ont disparu en partie. Celles qui restent sont rejetées de côté, aplaties au sommet, étirées obliquement. — Plusieurs crêtes épithéliales très épaisses, montrent, par les directions différentes des cellules de leur couche germinative, qu'elles résultent de la fusion de crêtes plus minces.

Cellules épineuses grandes et claires. Fentes intérépithéliales élargies ; rarement jusqu'à former des canaux. Le cytoplasma est peu coloré au centre, très foncé à la périphérie de la cellule. Presque partout, une cavité périnucléaire.

Cet œdème disparaît dans les couches supérieures du corps muqueux.

Couche granuleuse presque normale.

Nombreuses cellules migratrices.

Dans les couches supérieures du derme, de larges fentes lymphatiques. Quelques vaisseaux lymphatiques élargis. Les vaisseaux sanguins le sont peu. Par contre, ils sont entourés d'un infiltrat cellulaire très compact, qui les accompagne à travers le derme un peu œdémateux.

Les trois cas suivants, présentés par Jamieson ont été donnés par Unna comme des « exemples parfaits de Parakératosis variegata ». Le professeur Boeck, familiarisé avec la dermatose de Unna, les avait reconnus au premier coup d'œil. Le D^r Edowes les trouvait semblables à un cas observé par lui, et diagnostiqué par Unna parakératosis variegata.

Ce diagnostic ne peut donc se discuter, en dépit de des-

criptions assez différentes des deux précédentes. Je les reproduis à peu près littéralement (1).

Observations de Jamieson.

3. — CAS I. — Homme, 49 ans. L'affection dure depuis huit ans. Le malade a été vu en France, où l'on ne s'est pas prononcé. La lésion élémentaire est une papule, qui ressemble cliniquement à celle du lichen plan, et lui paraît identique sous le microscope. L'affection est généralisée; elle envahit largement la figure et le cuir chevelu qu'elle a déglabré entièrement. La peau est *remarquablement atrophiee*, suivant des bandes ou des raies de couleur rouge sombre. Cette atrophie se fait parfois en taches arrondies.

Ce sont là les traits caractéristiques de la maladie.

4 et 5. — CAS II ET III. — Les deux autres malades sont des hommes, âgés l'un de 55 ans, et l'autre de 32 ans. L'affection dure chez l'un depuis trente ans; chez l'autre depuis quatre ans. Dans ce dernier cas, les lésions ont une vague apparence lichénienne. Ici encore *l'atrophie est remarquable*.

Le cas II est intermédiaire comme gravité aux deux autres.

R. CROCKER assistait à la séance du Congrès d'Edimbourg où ces trois cas avaient été donnés comme des types de parakératosis variegata. On peut donc accorder toute créance aux deux observations suivantes, qu'il a présentées quelque temps après à la Société dermatologique de Londres, sous le nom de lichen variegatus; il préfère le terme lichen au mot parakératosis, trop vague à son avis (2).

Observations R. Crocker.

6. — CAS I (3). — Homme, 23 ans. L'affection a débuté sur l'une des cuisses, par des éléments rouges et légèrement squameux. L'éruption, après un an environ de remissions et de poussées nouvelles, toujours plus étendues, s'est généralisée et a envahi même le visage. Elle est légèrement prurigineuse, surtout la nuit. Ces démangeaisons

(1) *Brit. journ. of dermat.*, 1898, p. 324.

(2) Lichen planus. R. CROCKER. *Loc. cit.*

(3) *British Journ. of dermat.*, janvier 1901.

sont exaspérées par le grattage. Des rémissions s'observent toujours ; elles ne vont jamais jusqu'à la disparition complète de l'éruption. L'affection paraît subir une recrudescence en hiver. On croit à une syphilis. Le traitement mercuriel reste sans résultat.

Le *tronc* est moucheté d'éléments qui se groupent parfois en cercles. Ce sont des papules légèrement élevées, rouge-pâle. Les plus saillantes sont d'un rouge plus vif, et brillant. Quelques-unes, seulement, sur les épaules, sont squameuses. Sur le dos, elles sont très plates, et en plusieurs endroits, forment des *dépressions atrophiques*.

Sur les *membres supérieurs*, les efflorescences sont plus brillantes, et se disposent en *réseau*. La ressemblance des papules avec celles du lichen plan est frappante : elles sont lisses, brillantes, carrées ou polygonales.

Sur les *cuisse*s, l'éruption, de date plus ancienne, est formée de plaques plus que de papules isolées. Ces plaques, légèrement squameuses, sont d'un rouge brillant, parfois rouge pourpre, et souvent *déprimées au centre*. Elles laissent, dans leurs intervalles, des espaces de peau saine.

Sur les *jambes*, l'affection a disparu, laissant des *creux atrophiques* peu profonds, et comme un léger degré d'ichthyose.

Sur les *joues*, on trouve des papules rouge sombre, mal limitées.

Sur le *cou*, où elle ne date que de 15 jours, l'éruption dessine des bandes brillantes et légèrement squameuses.

Les muqueuses sont indemnes.

7. — CAS II (1). — Homme 32 ans. Mécanicien de marine. Le début s'est fait, il y a cinq ans, en deux foyers : l'un au niveau des avant-bras, l'autre à la face interne des genoux. De là, l'éruption s'est étendue graduellement, et a envahi tout le corps. Elle a présenté des rémissions et des exacerbations. Elle n'a jamais disparu entièrement. Elle est légèrement prurigineuse, à la chaleur, qui la rend aussi plus apparente.

Elle est discrète au niveau du visage, et ne consiste au front qu'en quelques taches ; elle touche à peine le haut du thorax : elle est extrêmement serrée sur tout le reste du tronc et les membres. Les extrémités sont peu atteintes. La paume des mains est indemne, et la plante des pieds l'est à peu près. L'éruption est peu visible sur la face dorsale des pieds.

Elle est d'un rouge pâle au niveau du *tronc* ; d'un rouge pourpre souvent masqué par de fines squames poudreuses au niveau des *membres*.

Elle ne fait nulle part de placards diffus très vastes : on retrouve toujours de petites surfaces de peau saine. Sur les membres, les lésions forment « comme un filet dont les mailles encercleraient de la peau saine ».

(1) *Brit. journ. of dermatology*, février 1901.

Aux bras la lésion élémentaire ressemble exactement à la papule du lichen plan. Elle est remplacée, çà et là, par un *creux atro-
phique*.

Le caractère lichénien est moins apparent sur l'*abdomen* et les *cuisses*. Au niveau des cuisses, les papules se groupent pour former des plaques squameuses.

Les muqueuses sont indemnes (1).

Le cas de Colcot Fox et Mac Leod n'est pas moins bien décrit. Le malade avait été présenté par C. Fox à la Société dermatologique de Londres (2). Pringle et d'autres avaient reconnu une éruption identique à celles d'Allan Jamiesou. Mac Leod apporta à la séance suivante les coupes d'une biopsie faite quelques jours plus tard (3). Les deux auteurs ont repris avec plus de détails, leur double description dans la revue générale dont l'analyse a été donnée plus haut, à l'occasion de l'histoire des parapsoriasis (4). C'est l'observation contenue dans ce travail que je résume ici.

Observation de Colcot Fox et Mac Leod.

8. — Il s'agit d'un homme âgé de 36 ans, typographe. Rentre le 7 novembre 1900 à l'hôpital de Westminster pour y faire soigner une dermatose squameuse chronique presque généralisée. Ses parents sont morts jeunes; il a eu sept frères ou sœurs. Il est le dernier venu dans la famille. On ne peut relever parmi les parents ou les frères et sœurs, aucun indice de tuberculose, ni aucune dermatose.

Une rougeole et une blennorrhagie sont les seuls antécédents morbides du malade.

(1) R. Crocker dans son article sur le lichen, dit qu'il regarde comme de la parakératosis variegata un cas de Laillet dont le moulage, déposée au musée Saint-Louis a été reproduit dans l'atlas de Tilburg Fox (1877) à la planche XIII.

Ce serait un cas de plus à compter. T. Fox n'indique pas le numéro du moulage. D'après sa planche, l'interprétation donné par Crocker est admissible. Le seul moulage de Laillet à Saint-Louis auquel puisse se rapporter le dessin de l'atlas est un cas de lichen plan très authentique, à disposition réticulée.

Je ne crois donc pas pouvoir retenir ce cas.

(2) *Brit. Journ. of Dermat.*, janvier 1901.

(3) *id.* février 1901.

(4) *id.* septembre 1901.

Sa dermatose a débuté, il y a cinq ans environ (mai 1895). A la région lombaire apparaît une plaque circonscrite, de la grandeur de la paume de la main, couverte de squames blanches, et faisant une saillie légère. Au-dessous des squames, l'épiderme est rouge et luisant. Lorsque le malade se baisse, la couche cornée se fendille. Puis il remarque, bientôt après, qu'une hyperkeratose palmaire apparaît progressivement, et le gêne de plus en plus pour son métier de typographe. Des fissures se produisent dans la couche cornée. Ce ne sont pas de véritables rhagades; elles ne saignent pas.

La face dorsale des mains, et bientôt le tégument tout entier deviennent rouge et se couvrent de squames. Le malade a l'impression que sa peau est trop étroite.

Un médecin pense à la sclérodermie. Dans deux services hospitaliers, spécialement affectés à la dermatose, on fait le diagnostic d'eczéma. Le traitement ordonné (applications de goudron, médication thyroïdienne à l'intérieur), n'amène aucune amélioration dans l'éruption. Des troubles nerveux obligent à suspendre le traitement thyroïdien. Le malade vient alors à l'hôpital de Westminster.

C'est un homme assez vigoureux, en apparence bien portant, et sans aucune lésion viscérale.

Le tégument tout entier est envahi par la dermatose, à l'exception du visage.

Ce qui frappe avant tout, *sur le tronc* c'est la présence d'un *réseau hyperémique*, qui ne s'efface pas entièrement à la rétropression. Il se dessine encore, sous le verre, en jaune-rougeâtre, et parfois apparaît manifestement formé par des élevures papuleuses et squameuses que la pression n'écrase pas. Les traînées rouges qui forment le réseau ont environ 0,001 millimètre de largeur, mais parfois sont presque aussi larges que les mailles. Celles-ci ont une moyenne de 0,002 à 0,003 millimètres de diamètre. Par places, le réseau est en relief et suggère l'idée d'un chapelet de papules agglomérées. Les squames sont toujours très adhérentes et ne forment jamais une couche épaisse comme dans le psoriasis.

Les zones de peau saine encerclées par le réseau enflammé et squameux, sont elles-mêmes légèrement rouges.

Sur le dos et l'abdomen, la disposition réticulée est moins nette; les éléments forment, le plus souvent, des taches isolées.

Sur les bras la coloration de l'éruption est plus vive, la saillie plus nette, la desquamation plus accusée; le réseau a des mailles plus larges. Il y a souvent des taches arrondies, sans relations avec le réseau. Les papules lorsqu'elles sont bien individualisées sont aplaties, parfois brillantes et laiteuses, comme des papules de lichen plan.

La paume des mains et les plis du coude sont recouverts d'un tégument rouge, épaissi et sillonné par des cassures répondant aux plis de flexion. Les ongles sont normaux.

Sur les jambes l'éruption a le même aspect que sur l'abdomen. Les élevures papuleuses sont plus visibles là que partout ailleurs.

La semelle est légèrement hyperkératosée.

Le visage est un peu rouge mais ne desquame pas.

Le cuir chevelu est couvert de pellicules et de croûtes grasses, mais ne présente aucune rougeur au-dessous de ces lésions.

Aucune modification ne se produit, en dépit d'un traitement prolongé pendant six mois.

Examen histologique. — Il a porté sur une papule intercalée dans le réseau, légèrement surélevée, plate, et surmontée d'une fine squame, tout à fait semblable à une papule de lichen plan.

Derme : Il y a un infiltrat de petites cellules dans un réseau de fibrilles conjonctives dissociées par de l'œdème et de fibres élastiques mal colorées. Cet infiltrat est traversé par quelques capillaires sanguins dilatés, mais sans aucune réaction des parois vasculaires. Les cellules d'infiltration sont des leucocytes mononucléaires pour le plus grand nombre, très rarement des polynucléaires. On n'y voit pas une mastocelle. Le corps papillaire n'est plus reconnaissable ; les papilles sont aplaties. En outre, la couche germinative est déformée par l'œdème sous-jacent. Enfin l'envahissement des tissus par les cellules d'infiltration, rend plus difficile encore à apercevoir la limite du derme et de l'épiderme.

Epiderme. Le corps muqueux est aminci. Les cellules épineuses sont déformées par l'œdème et se colorent mal. Ils présentent souvent une cavité périnucléaire, où l'on trouve, parfois, un leucocyte à côté du noyau, grâce à une communication de cette cavité, avec les espaces interépithéliaux dilatés, où la présence de leucocytes n'est pas rare. Le noyau résiste beaucoup mieux que le cytoplasma. Réseau chromatique et nucléoles restent parfaitement nets.

Le stratum granulosum perd de son épaisseur, ou manque en quelques points. Il existe encore au centre de la papule.

Le stratum cornéum est normal au-dessus des points où le stratum granulosum est conservé ; par places on peut y trouver quelques noyaux conservés. Mais le nom de parakératosis donné à l'affection n'est, au total, nullement justifié par l'examen microscopique.

En mars 1902, le Dr Abraham (1) a présenté à la Société Dermatologique de Grande-Bretagne un cas qu'il assimilait à ceux d'Allan, Jamieson, et rangeait dans la parakeratosis variegata. Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans. Le Dr Abraham fait remarquer que tous les cas publiés jus-

(1) *Brit. journ. of dermat.*, mars 1902.

qu'ici, avaient trait à des sujets du sexe masculin. Il mentionne deux autres cas identiques qu'il aurait vus. Il ne les décrit d'ailleurs nullement. La description du cas qu'il présentait est plus que résumée dans le compte rendu de la séance. On y trouve seulement deux caractères secondaires que l'auteur mettait en relief, sans doute parce qu'il ne les trouvait pas dans les observations de ses prédécesseurs, c'est une localisation dans le cuir chevelu, déjà atteint de séborrhée sèche, et des telangiectasies assez nombreuses au niveau des bras.

*
* * *

Une description d'ensemble de la parakératosis variegata est facile à faire d'après ces observations. On a vu que l'authenticité des cas auxquels elles se rapportent n'est pas douteuse. C'est un précieux garant de la valeur qu'on pourra attribuer à cette définition.

On a trouvé dans l'histoire des parapsoriasis les caractères que Radcliff Crocker donne du lichen variegatus, et les conclusions de travail de Colcott Fox et Mac Leod.

Ces deux descriptions concordent et l'on pourrait indifféremment retenir l'une ou l'autre comme tableau de la parakératosis variegata. Je note seulement un point que R. Crocker fait ressortir davantage : La figure est intéressée dans plusieurs cas ». Il me semble cependant que ces descriptions sont incomplètes et qu'un caractère a été omis, dont l'importance paraît avoir échappé aux auteurs anglais. C'est l'atrophie de la peau. Elle existait chez les deux malades de R. Crocker : « Quelques papules aplaties forment des dépressions faiblement atrophiques. ». (Cas I). « ... Creux atrophiques où il y avait eu des papules ». (Cas II). Crocker ne la mentionne cependant pas dans son travail sur le lichen. C. Fox et Mac-Leod, qui reproduisent les deux observations de Crocker, n'en font pas mention. On ne la trouve pas non

plus indiquée par Unna ; peut-être manquait-elle dans ses deux cas. Les trois malades de Jamieson le présentaient au plus haut point : « Atrophie de la peau remarquable en taches et en bandes, ou en raies de couleur rouge sombre. (Cas I de Jamieson). » — « L'atrophie de la peau était un trait saillant ». Jamieson cas II et III.

Les rapports de cette atrophie et des papules ne ressortent pas nettement de la lecture du texte de Jamieson. Je crois qu'on peut les supposer aisément. R. Crocker fournit d'ailleurs une indication (1) dans le texte de ses observations. Et au moyen de ces différents documents il me semble qu'on peut schématiser ainsi, et de façon complète, l'éruption de la parakeratosis variegata.

Un réseau délicat plus ou moins serré, à travées minces, rouge bleuâtre ou jaunâtre, suivant les régions. Ce réseau est formé par la juxtaposition d'éléments squameux, papules saillantes ou simples macules ; il est en relief dans le premier cas, et ne fait aucune saillie dans le second. C'est la forme la plus fréquente. Les éléments s'atrophient parfois, tout en conservant leur apparence inflammatoire, et le réseau se dessine en creux. Ils peuvent enfin subir l'involution cicatricielle complète ; le réseau n'est plus alors formé que de simples bandes d'atrophie cutanée.

Çà et là des taches ou des bandes plus ou moins larges, de même apparence, interrompent la régularité du réseau. Elles doivent répondre à une exagération du processus, car c'est surtout sur elles que paraissent porter les phénomènes d'atrophie.

Et de nouveau la question se pose, comme au chapitre précédent :

(1) « Les papules s'aplatissent et forment des dépressions faiblement atrophiques » — « Aux jambes l'éruption a disparu laissant des creux atrophiques peu profonds ».

Est-il possible de reconnaître là le parapsoriasis?

— Pour ma part, je ne le crois pas.

Nous retrouvons sans doute dans la description des Anglais, comme dans le parapsoriasis, une évolution chronique, avec rémissions et exacerbations, une absence de symptômes subjectifs accentués, et une remarquable résistance au traitement. — Mais ces caractères se rapporteraient aussi aisément à nombre de psoriasis authentiques, pour ne prendre qu'un exemple au hasard. L'histologie n'est pas plus précise, elle ne décèle qu'une inflammation superficielle et banale. La description de la lésion élémentaire n'entraîne pas davantage la conviction. — *Papule* plate, brillante ou franchement squameuse, dit Unna. *Maculo-papules*, ou *papules* plates, petites, le plus ordinairement polygonales, les unes et les autres squameuses ou luisantes et parfois laiteuses, disent Colcott, Fox et Mac-Leod. — Il m'est difficile, même en tenant compte des différences d'optique qui peuvent d'un même objet donner deux images différentes, de retrouver ici la lésion élémentaire que j'ai vue dans le parapsoriasis : une *macule* rose, de la grandeur de l'ongle et au delà à l'aspect chagriné, à surface luisante, dont le centre se couvre, le plus souvent, d'une ou plusieurs squames plates, minces, unies et ternes, coupées de quelques rares sillons d'aspect plâtreux, qui se croisent à angle droit.

Dans mes trois derniers cas, que je rangerais volontiers dans le parapsoriasis, c'est bien à une papule authentique que succède la lésion caractéristique. Mais cette papule est éphémère, elle ne constitue pour ainsi dire jamais la lésion élémentaire vraie de l'éruption ; elle n'est qu'une modalité très passagère de la lésion élémentaire. Sa forme d'ailleurs est différente ; elle est hémisphérique, jamais polygonale. Enfin, elle n'est pas franchement squameuse : quand la squame apparaît, la papule a toujours disparu.

J'ai cru pouvoir, d'ailleurs, rattacher ces trois cas à la dermatitis nodularis psoriasiformis. Or, Jadassohn et Neisser ne paraissent pas avoir jamais songé à rapprocher leur dermatose de celle de Unna, et Juliusberg, élève de Neisser, se refuse formellement à admettre ce rapprochement (1). Jamais dans le parapsoriasis la chute de la squame n'a laissé plus qu'une atrophie insignifiante ; il fallait pour la voir, regarder la lésion sous différentes incidences, plisser la peau, bref rechercher attentivement ce symptôme. Il n'est jamais un trait saillant de la maladie. Je n'ai jamais vu « ces taches et ces bandes d'atrophie qui, dans un cas diagnostiqué par Unna étaient parmi « les traits caractéristiques » (2). Dans aucun de mes cas, enfin, l'éruption n'a constitué le réseau si net que tous les auteurs donnent comme le caractère majeur de la parakératosis variegata. Je trouve donc dans l'analyse de l'éruption et son mode de distribution des motifs valables, je crois, de rejeter franchement hors du parapsoriasis, la parakeratosis variegata ou lichen variegatus, en dépit des caractères communs, secondaires à mon avis, qui les peuvent rapprocher.

Ici, je reste embarrassé, car je vais m'écarter de mon maître, qui assimile le lichen variegatus au parapsoriasis lichenoïde. J'ai mal vu le seul cas de parapsoriasis lichenoïde qui ait passé devant mes yeux (Obs. XIII). C'est lui qui a probablement fourni l'argument décisif pour l'identification des deux dermatoses. Je connaissais alors imparfaitement les travaux anglais, et n'ai pu me faire une conviction. La description la plus précise, d'ailleurs, perd son relief et sa couleur, si l'on n'a sous les yeux, en la lisant, ou présent encore à la mémoire, quelque cas à qui elle puisse se rapporter. Celles de Unna, de Jamieson, de R. Crocker, de C. Fox

(1) JULIUSBERG. *Loc. cit.*

(2) JAMESON, I^{er}, II^e et III^e cas.

et M. Leod, s'éclairent aujourd'hui pour moi ; je crois avoir trouvé ce cas ; il me paraît reproduire beaucoup mieux que celui de l'observation XIII les traits de la parakératosis. Ce n'était pas un parapsoriasis.

Je suis donc amené logiquement à séparer la dermatose de Unna Santi et Politzer des parapsoriasis lichénoïdes, ou à les rejeter côte à côte hors de mon cadre.

On peut trouver malaisée cette séparation des deux dermatoses, en lisant l'observation XIII. M. Brocq y reconnaît un type de parakératosis ; si je m'y refuse, c'est pour n'avoir pas trouvé le tableau suffisamment caractérisé ; il faut bien avouer qu'il est ébauché ; et je reste obligé de voir, dans cette observation, un fait de passage entre la précédente (XII), et celle que je vais rapporter plus bas (XVIII).

Mais les faits de passage sont choses dangereuses. Ils forment une pente glissante où l'on doit se garder de se laisser aller. Il faut au moins être sûr qu'on aboutira sur un terrain solide. Celui-ci me conduit à un dilemme : rejeter hors du parapsoriasis des faits que mon maître y a mis, ou admettre dans mon cadre une forme qui n'y peut rentrer sans le briser.

Devant cette impossibilité matérielle, il faut bien m'incliner, et admettre la première proposition du dangereux dilemme. Elle est peut être moins audacieuse qu'elle ne peut paraître de prime abord. La solution que j'indiquais plus haut, et qui sépare les parapsoriasis lichénoïdes de la parakératosis variegata, n'offre pas de difficultés insurmontables en dépit d'un fait de passage indéniable. Il n'est, au reste, certainement pas isolé ; et la présence de ceux que nous ne connaissons pas encore, pourrait se révéler sans rendre plus difficile cette séparation. Je reviendrai plus bas sur ce sujet. Il n'y a en réalité qu'une difficulté de pratique à décider si cette observation XIII doit rester en deçà de la limite, avec les

parapsoriasis, ou être rejetée au delà, à côté de celle que j'apporte, dans la parakératosis variegata.

Je tendrais pour ma part, à la laisser dans le domaine des parapsoriasis. Si mes souvenirs sont précis, le cas était moins ambigu qu'on ne peut le croire à la lecture de l'observation elle-même. Celle-ci a été rédigée en partie d'après mes notes. J'ai dit ailleurs que je leur donnerais peut-être aujourd'hui une autre forme. Je trouve, en comparant ce cas et celui d'aujourd'hui, que la disposition réticulée et l'atrophie étaient à peine indiquées dans celui-là. Je crains de leur avoir donné une forme trop concrète. Par cette rédaction trop schématique, j'ai été probablement pour une part, l'ouvrier de cette assimilation des deux dermatoses, qui me paraît ainsi reposer sur une équivoque dont je serais l'auteur. J'en suis plus à l'aise pour la discuter maintenant. Il suffit en effet d'écarter cette image trop précise d'une disposition réticulée, et l'observation se classe sans effet, à côté de celles qui la précèdent. C'est là sans doute sa vraie place. La parakératosis est plus loin.

Je m'éloignerais en somme fort peu de l'enseignement reçu, si je me bornais à déplacer la parakératosis variegata sans changer en rien l'orientation générale des parapsoriasis. Il n'en va pas ainsi ; je me trouve entraîné dans une direction nouvelle, et me voici loin de mon point de départ. Le type lichénoïde, était dans la pensée de M. Brocq, le nom qu'il lui donne l'indique, une forme de passage du parapsoriasis au lichen plan. Les figures histologiques du parapsoriasis que j'ai pu voir, étaient trop loin du lichen pour que j'aie pu admettre longtemps la possibilité d'une transition. Je ne laissais pas sans regrets inoccupée la place que remplissait le lichen sur le schéma de M. Brocq. Mon groupe s'encadrerait mal, désormais ; bien délimité par ailleurs il confinait ici à un territoire inexploré. Le hasard m'a montré

la proximité d'un nouveau groupe, et fourni aussi le troisième point de la circonférence où je voulais enfermer le mien.

J'ai hésité un peu sur la place à donner à la parakeratosis, que je venais de rejeter hors du parapsoriasis. J'ai pensé, pendant quelque temps, qu'elle me fournirait seulement une transition, et devrait rester à mi-chemin, sur les limites extrêmes du parapsoriasis et de cette nouvelle classe, que j'avais rencontrée dans le voisinage. Je crois aujourd'hui pouvoir la faire entrer dans la seconde, qu'elle me paraît même remplir à peu près complètement. Ce sont les anciennes formes lichénoïdes qui viennent s'échelonner dans la zone de transition. Le voisinage est plus immédiat, et le contact plus intime que je ne l'avais prévu d'abord.

Un appui inattendu ferait tomber mes derniers doutes s'il m'en restait encore.

C'est en Allemagne, qu'est née la dermatose où j'aperçois avec le parapsoriasis ces points de contact inattendus. Il s'agit de cette classe que nos voisins désignent sous le nom *d'atrophie cutanée idiopathique*. Ils ne pourront me reprocher de m'être appuyé sur des cas contestables ; c'est chez eux que je les ai trouvés (1).

Le malade qui m'a fourni le motif de cette double évolution : orientation des parapsoriasis vers l'atrophie, et rejet dans ce groupe de la parakeratosis, m'a été montrée par M. Brocq, qui hésitait à porter sur ce cas le diagnostic de parapsoriasis lichénoïde. Je partageais encore son incertitude, et ne savais où classer mon observation, lorsque je vis, quelques mois après, au Congrès dermatologique de Berlin,

(1) Ils ont en vue, je crois, un type clinique bien défini, et peut-être homogène. C'est à celui-ci que je fais allusion. La remarque n'est pas inutile en France, où nous entendons autrement les atrophies cutanées. Ce chapitre est chez nous beaucoup plus vaste ; et il englobe probablement nombre de maladies. Les types cliniques mêmes y sont légion.

une éruption identique. Le diagnostic indiqué était atrophie cutis idiopathica. Les coupes histologiques présentées en même temps que le malade, offraient de même avec les miennes une ressemblance frappante.

J'ai revu, depuis, dans des conditions analogues, ce type clinique, ou des types très voisins, toujours avec le même diagnostic. A n'en pas douter, mon malade aurait été rangé parmi les cas les plus remarquables d'« atrophie idiopathica cutis ». On jugera plus bas, si la description de la parakératosis variegata ne s'adapte pas aussi trait pour trait à son éruption. Je n'avais, enfin, qu'à me rappeler les conditions où je l'avais vu, et les rapports qu'il présentait avec le sujet de l'observation pour voir que de cette éruption aux parapsoriasis lichénoïdes l'écart n'était pas grand.

J'ai eu enfin, ici encore je viens d'y faire allusion, la satisfaction de me rencontrer avec le P^r Rille; je dois dire aussi, le regret de ne pouvoir le suivre. J'ai appris, un peu plus tard, en effet, qu'il considérait tous les cas de Brocq, comme des cas particuliers d'atrophie cutanée (1). La rencontre est fortuite; et me paraît pour cela valoir une preuve. Je n'aurais garde de la passer sous silence, trop heureux de trouver à m'appuyer sur la haute autorité du professeur de Leipzig, en un point où je pourrais craindre de ne trouver que des contradicteurs. Je ne puis admettre, il est vrai, ses conclusions, mais je me crois justifié, et c'est à quoi je tiens, d'avoir rapproché deux dermatoses qu'il confond.

Cependant, alors même que l'auteur des parapsoriasis en élargissait les limites jusqu'à y faire entrer la parakératosis variegata, l'assimilation du groupe entier aux atrophies n'était pas justifiée, pour qui connaît la souplesse des cadres de Brocq. On pourrait encore aujourd'hui user de ce

(1) RILLE, *loc. cit.*

raisonnement, très faux sa rigueur apparente de syllogisme, pour essayer de détruire le groupe moins vaste que je propose, car on y trouvera toujours des cas voisins de l'atrophie idiopatique. Et ce malentendu sera toujours possible, aussi longtemps qu'on voudra attribuer à une classification dermatologique, la rigidité d'une équation. Parti d'un fait probablement semblable aux siens, j'arrive à une autre conclusion que le P^r Rille. C'est sans doute grâce à une méthode différente. M'en voudra-t-il de croire que la mienne est meilleure?

Elle a le mérite de concilier des faits, sans elle irréductibles, et d'empêcher ici toute obscurité. Je n'en vois pas, au moins, dans le schéma suivant :

Le territoire du parapsoriasis s'étend jusqu'à toucher celui de l'atrophie idiopatique; ils ne se confondent pas. Il y a bien encore en pratique, difficulté à placer dans l'un ou l'autre tel fait douteux? C'est question de tact. Il n'y a presque jamais impossibilité. Et si grande que soit la difficulté, elle n'autorise pas à confondre les deux extrémités très éloignées de la série, au nom d'un chaînon intermédiaire, quand même ce chaînon occuperait précisément le milieu de cette ligne idéale.

C'est ce qu'a fait le professeur Rille, pour n'avoir eu, sans doute devant les yeux, que des cas extrêmes, des cas-limites. Il n'a vu qu'une partie de la chaîne, celle qui va de l'atrophie caractérisée aux types encore douteux de parapsoriasis. Mal servi par les hasards de la clinique, il n'a pas vu l'autre moitié : et c'est la plus importante. Elle est faite surtout des formes que Brocq amises en lumière. Celles-ci, nous l'avons vu, vont rejoindre la dermatitis nodularis psoriasiformis que Rille, privé des intermédiaires, a cru très éloignée. Plus compréhensives, elles englobent la dermatose de Jadassohn, la dépassent, et vont, au delà, par des tran-

sitions insensibles, jusqu'au psoriasis et aux séborrhéides.

Qu'on ne nous accuse pas de simplifier à outrance, et de nous faire des cadres commodes, faute de précision. Nous ne pouvons en avoir plus que les phénomènes cliniques eux-mêmes, qui n'en ont pas. L'organisme humain ne possède pas, pour chaque maladie sa réaction particulière, et faite d'éléments spéciaux. Les éléments de réaction dont il dispose ne forment même qu'une gamme peu étendue. Ils se combinent, à la vérité, diversement, et composent ainsi quelques figures principales assez dissemblables ; mais la pauvreté des matériaux restreint forcément le nombre de ces tableaux ; et dans la majorité des faits que l'on rencontre, les différences sont tout en demi-teintes, et peuvent s'effacer graduellement jusqu'à ne plus dépendre que de la présence, de l'absence d'un seul de ces éléments ou de l'importance qu'il prendra vis-à-vis des autres.

Ce sont ces figures principales qui constituent la plupart de nos dermatoses actuelles.

Entre le psoriasis, les séborrhéides et l'atrophie cutanée, il y a la place, nous semble-t-il, d'une nouvelle figure, assez éloignée de chacune des trois autres, pour avoir son autonomie. C'est le parapsoriasis. Autour de l'image principale, se disposent des faits de moins en moins caractéristiques, échelonnés dans trois directions, vers l'atrophie cutanée, les séborrhéides et le psoriasis.

La définition et la description d'ensemble ne peuvent tenir compte que des formes les plus nettes ; elles doivent, sous peine de s'obscurcir, négliger les autres. Je suis ainsi ramené à discuter encore un point de la doctrine qui m'a été enseignée ; et à contester la légitimité du groupement qui classe à part les deux observations XII et XIII.

On peut, dans le groupe des parapsoriasis que je viens de

schématiser, trouver, sans s'éloigner du centre, deux formes déjà assez distinctes : en gouttes et en plaques. M. Brocq, qui étendait le sien jusqu'au lichen, y traçait un troisième type « lichénoïde » qui trouvait son expression symptomatique complète dans la parakératosis variegata.

Le domaine du parapsoriasis est, pour moi, moins vaste ; l'un des trois territoires qui, sur ma carte idéale, y confinent, celui de l'atrophie idiopathique, s'avance jusqu'à la parakératosis et l'englobe, reculant d'autant les limites anciennes, posées en 1902. Il reste, en deçà de cette frontière nouvelle, des faits de passage vers la parakératosis. Leur existence, constatée déjà ou encore à trouver, ressort jusqu'à l'évidence du mode de construction même de mon groupe. Valent-ils d'être conservés comme types distincts, sous la dénomination de lichénoïdes, ou, plus logiquement, d'atrophiques ?

Ainsi posée, la question est secondaire. Et l'on comprend combien peu je m'écarte, au fond, de mon maître, en ne maintenant pas ce type qu'il faisait reposer sur une assise aujourd'hui déplacée. Il ne s'agit plus, en effet, que de formes de transitions, de formes extrêmes. Elles équivalent à celles qui conduisent aux psoriasis et aux séborrhéïdes ; et on a vu que notre nomenclature ne pouvait en tenir compte. Elle y perd, sans doute, en précision dans le détail ; à coup sûr, elle y gagne en clarté.

A la fin de ce plaidoyer, trop long peut-être pour une modification peu importante, en somme, et qui ne peut déranger dans son économie une œuvre magistrale, j'apporte l'observation litigieuse. Je la donne en détail, bien qu'il ne s'agisse pas d'un cas de parapsoriasis, en raison de la discussion qu'elle a soulevée.

Observation XXIII (Personnelle).

D. 49 ans, est porteur, depuis plusieurs années d'une éruption rebelle à tous les traitements, pour laquelle il a consulté déjà plusieurs médecins. L'un d'eux l'adresse à M. Brocq, en juillet 1905.

A. H. Le père du malade est mort à 82 ans; sa mère à 81 ans. Il a un frère plus jeune que lui de deux ans, qui a toujours été bien portant. Une sœur, plus jeune de 10 ans, est morte de la coqueluche à l'âge de deux ans et demi.

A. P. D. n'a jamais présenté d'affection grave, jamais de syphilis. Il a quelquefois des laryngites et des bronchites de peu de durée.

A. M. L'affection cutanée pour laquelle il vient consulter, date d'une dizaine d'années. Il aurait eu, longtemps auparavant, une dermatose qu'il différencie mal de celle-ci, mais qui, d'après la description qu'il en donne, paraît avoir été une simple urticaire.

Le début a passé inaperçu; il s'est fait sur les jambes qui ont été envahies progressivement de bas en haut. Le tronc s'est pris ensuite; les bras ne sont atteints que depuis un an seulement.

Il y a deux ans, est apparue, sur la face postérieure de la cuisse droite, une lésion analogue à celles qui s'y voient encore aujourd'hui. Elle a été prise pour un furoncle; mais a duré plusieurs mois. Lorsque le malade marchait longtemps, il éprouvait à ce niveau une sensation de cuisson, puis de brûlure.

C'est le seul symptôme subjectif que l'on puisse relever à l'actif de cette éruption. Depuis quelque temps D. éprouve le soir une sensation de pesanteur dans les jambes. Elles sont parfois un peu enflées. Ces symptômes doivent être rapportés avec beaucoup plus de vraisemblance à des varices profondes qu'à l'éruption.

L'évolution de celle-ci se fait sans à coups. D. n'a pas remarqué d'influence saisonnière. Il ne fait aucun excès alimentaire; il boit peu de vin, il le coupe toujours d'eau. Il ne prend jamais d'alcool, et se contente d'une tasse de café par jour. Il a une vie très agitée, et voyage beaucoup. Son estomac s'en ressent; les digestions commencent à être pénibles.

Examen actuel. — Le malade est un homme grand, robuste, haut en couleurs; les cheveux drus et gris.

A part, la tête, le cou et les extrémités, le tégument tout entier est recouvert par une éruption très particulière. Cette éruption ne forme pas une nappe continue; elle se distribue en plusieurs foyers, énormes placards à contours assez peu nets, de dimensions variables. Ils sont assez grossièrement symétriques de part et d'autre de la ligne médiane, sauf au niveau de la ceinture, où l'éruption forme comme un véritable caleçon. Elle est plus discrète sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Elle manque presque entièrement sur les bras; elle est encore peu visible sur les avant-bras. Au

niveau de ces deux segments elle est presque localisée à la face postéro-interne. Elle occupe, au contraire, la surface totale des cuisses, et des jambes. Elle a son maximum d'intensité au niveau des cuisses, des fesses, et de la ceinture.

Les plis de flexion sont envahis au même titre que les autres parties du tégument.

Cette éruption peut se schématiser ainsi : *un fond* à peu près uniforme, sur lequel se détachent, çà et là *quelques efflorescences* absolument différentes.

C'est le fond qui constitue à l'éruption sa physionomie originale. Il est fait d'un réseau semblable à celui de l'acroasphyxie, assez régulier, dessiné par des tractus rouges qui s'entrecroisent, et forment des mailles ovales, ou parfois polygonales, allongées en général dans le sens de la hauteur, à contours assez irréguliers et de un demi à un centimètre carré de superficie.

Les tractus ont une largeur moyenne presque uniforme de 0^m001 à 0^m002. Ils sont d'un rouge plus ou moins vif, qui devient purpurique au niveau des fesses et des cuisses. La pression la plus énergique ne les efface pas entièrement; ils se dessinent toujours par un trait jaunâtre. Ce réseau n'est donc pas seulement un réseau de congestion pure, comme celui de l'acroasphyxie.

A jour frisant, il paraît en retrait et composé de stries atrophiées plus ou moins prononcées. L'apparence atrophique, la dépression, est plus ou moins accusée suivant les régions; elle l'est d'autant plus que le tractus est plus large et plus rouge. Si l'on tend la peau, pour déplisser et étaler l'épiderme de ces stries, on voit qu'il est mince, brillant, comme celui d'une peau sénile. Si l'on exagère la tension, le réseau paraît en saillie. Il n'y a rien là de paradoxal, si l'on songe qu'au niveau de ce réseau le chorion a subi l'involution cicatricielle, et n'a plus la souplesse du chorion normal.

Je crois utile d'insister sur cette apparence et cette interprétation, à cause de l'aspect un peu particulier que prend cette saillie aux points où l'atrophie est légère. Elle y paraît composée de petites papules brillantes, aplaties et juxtaposées, qui ne sont autres que les crêtes papillaires un peu sclérosées, et découpées en facettes par les plis de flexion. Aux points où l'atrophie s'accuse davantage, la cicatrice perd cette régularité, elle devient mamelonnée et hérissée de saillies irrégulières, blanchâtres, absolument caractéristiques, piquetées par places de fines arborisations vasculaires. Enfin aux points nodaux du réseau, sur la surface atrophique assez large qu'ils dessinent, outre le travail de sclérose et ces arborisations vasculaires, un nouvel élément apparaît, d'ordre génératif : il y a un peu de dyskératose. La couche cornée s'épaissit légèrement et les orifices des tubes sudoripares se marquent par des points d'hyperkératose. On pourrait croire qu'il s'agit d'un lupus érythémateux en miniature, si l'on ne considérait que ces points isolés.

En résumé, *rougeur congestive, peut-être infiltration légère, atrophie avec cicatrice plus ou moins marquée, parfois dyskératose*, tels sont les trois éléments qui se combinent pour former le réseau caractéristique de l'éruption

En plus de ce réseau rouge si caractéristique, un examen attentif à jour frisant montre souvent sur la peau, saine en apparence, un aspect moiré, dû à la présence d'un réseau analogue d'atrophie à peine visible, où toute rougeur a disparu.

Çà et là, un nouvel élément apparaît sur le réseau : c'est *une petite papule*, de la grandeur d'une minuscule tête d'épingle, d'un rouge vif, qui tranche par sa coloration et une saillie légère sur le tractus atrophique. C'est peut-être la lésion élémentaire en activité ; le réseau tout entier serait fait de la juxtaposition de cicatricules comme celles que laissera cette petite papule, et qui auraient été faites par des papules identiques. C'est, beaucoup plus probablement, l'exagération en ce point du processus invisible qui aboutit à la formation de cette cicatrice réticulée.

Ces papules, en effet, ne sont pas, comme la première hypothèse le ferait prévoir, en plus grand nombre à la périphérie des placards, encore isolés, des flancs, du dos ou des bras, qui doivent vraisemblablement être en voie d'extension. Elles y font, au contraire, presque totalement défaut. On ne les trouve guère qu'au centre de ces placards. Il est donc vraisemblable que cet état d'atrophie cicatricielle très marquée du centre des foyers éruptifs ne se produit qu'à la longue, et grâce au remaniement que viennent faire subir à la lésion primitive, les foyers nouveaux d'inflammation que sont ces petites papules.

A la périphérie l'atrophie est toujours insignifiante, le réseau est à peine marqué. C'est là, qu'en tendant la peau, il paraît formé de papules aplaties et brillantes.

Il semble qu'on doive observer ici, la façon dont il se forme. Elle est assez inattendue. On voit çà et là des plaques de 2 à 6 centimètres de diamètre, fauves ou un peu rosées, où l'épiderme prend un aspect brillant, et pseudo-lichénien ; il y a une lésion épithéliale en même temps qu'une lésion dermique ; les deux d'ailleurs réduites au minimum. Sur cette surface, à la périphérie surtout, quelques aires de la grandeur d'une lentille, prennent un aspect légèrement leucodermique ; lorsqu'elles sont très rapprochées, elles dessinent, entre elles, un réseau formé par les parties de la plaque qui ne se sont pas décolorées. Il n'est pas impossible que ce soit l'ébauche du réseau caractéristique de l'éruption. Il résulterait de ce mode de début que la lésion serait double dès l'origine, épidermique et dermique, légère et très superficielle, et enfin diffuse. La formation réticulée serait secondaire, et due à une cicatrisation incomplète et partielle de la lésion, qui serait restée en activité seulement sur le trajet du réseau sanguin étalé horizontalement sous le corps papillaire. Il est pos-

sible aussi qu'il ne s'agisse pas d'un début de la lésion, mais d'un simple épisode de son évolution. Le fait n'en reste pas moins intéressant à signaler. L'aspect des plaques de peau saine qu'encerclent les mailles du réseau vient encore appuyer cette hypothèse de l'existence antérieure d'une lésion diffuse : le plus souvent la peau n'est saine qu'en apparence à l'intérieur de ces mailles ; elle est, en réalité, presque toujours leucodermique, surtout aux points où le réseau est le plus marqué. Il n'est guère vraisemblable que les réseaux rouges qui reproduisent probablement le dessin des réseaux capillaires sous-cutanés, aient pu se déplacer, et que cette leucodermie soit le dernier vestige d'éruptions réticulées analogues, aujourd'hui disparues.

Le réseau rouge, enfermant des espaces de peau normale ou leucodermique fait le fond de l'éruption. Quelques éléments d'aspect absolument nouveau viennent la compliquer :

Sur la face antérieure de la cuisse gauche, se trouve un élément arrondi, un peu saillant, aplati, d'un rouge vif, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. L'épiderme est aminci, distendu par l'infiltrat sous-jacent. Il est luisant, lisse, en pelure d'oignon. Le centre de l'élément est occupé par une croûte noire, épaisse adhérente. L'aspect est absolument celui d'une syphilide tuberculo-croûteuse, du type des syphilides malignes précoces. Ce sont des éléments pareils à celui-ci qui se sont succédés constamment aux jambes depuis deux ans. Le premier avait été pris pour un furoncle. En général, après quelques semaines, l'élément s'efface et la croûte tombe.

Sur la face postérieure de la cuisse droite, cinq éléments analogues sont groupés en cercles. Quelques-uns sont recouverts de squames fendillées. Deux, seulement, sont surmontés d'une croûte noire. Le centre du cercle qu'ils délimitent, est lui-même un peu infiltré, et d'un rouge sombre.

Il est impossible de rattacher ces énormes tubercules aux autres lésions. On peut cependant les considérer comme des exagérations des papules minuscules qui se trouvent parfois au fond du réseau. L'hypothèse est plausible, mais les transitions font défaut.

Le malade est seulement à Paris pour quelques jours. On ne peut songer à l'évolution de chacun de ces éléments.

Le diagnostic reste hésitant. Un traitement mercuriel d'épreuve demeuré sans résultat, fait repousser celui de syphilis anormale qui avait été discuté d'abord.

Je prélève un fragment de ces tubercules géants, et un sillon atrophique bien marqué, présentant un peu de dyskératose, et conseille au malade de cesser toute application de pommade pour se faire faire des injections de cacodylate de soude.

J'ai revu D. en juillet 1906.

Il n'avait suivi aucun traitement depuis un an : L'éruption reste identique dans l'ensemble. Les tubercules de la cuisse ont disparu, en laissant un placard d'atrophie. Deux autres ont apparu au niveau des bras. Sur les fesses et les cuisses, le réseau tend, en plusieurs points, à s'effacer pour être remplacé par une atrophie diffuse. Sur de larges étendues la peau est uniformément plissée, fripée, comme de la peau sénile, mais rouge et squameuse.

Entre ces placards on retrouve des bandes de peau saine ou leucodermique.

Examen histologique. — A. Sillon atrophique avec dyskératose de l'orifice des tubes sudoripares. Les lésions portent à la fois sur le derme et l'épiderme.

Celles du derme débordent très sensiblement les altérations épidermiques. Elles paraissent même, sur quelques coupes, présenter leur maximum au delà de celles-ci. Ce n'est qu'une apparence, due à la présence d'amas lymphocytaires un peu plus abondants, en effet, en ces points. En réalité, ces lésions dermiques sont complexes.

Elles se composent, en première ligne, d'une congestion intense du plexus sous-papillaire, dont les vaisseaux sont béants et gorgés de sang. Les parois des capillaires ne sont pas épaissies, ni dégénérées. Cette congestion s'accompagne d'une infiltration périvasculaire remarquable, faite de cellules fixes, de lymphocytes, et d'un grand nombre de mastzellen. Au milieu de ces cellules banales, on en voit plusieurs autres beaucoup plus remarquables. Ce sont encore des cellules conjonctives, mais remplies de pigment. Il s'agit probablement de pigment d'origine sanguine, car l'épiderme est extrêmement pauvre en mélanine, et d'autre part, malgré l'apparence purpurique de la lésion, le microscope ne décele aucun foyer d'hémorragie interstitielle. Les hématies doivent être détruites à mesure qu'elles font irruption dans le tissu conjonctif, et c'est leur pigment que ces cellules pigmentées doivent être chargées d'éliminer.

Cette infiltration se cantonne exactement au niveau du plexus sous-papillaire; elle ne se prolonge jamais autour des vaisseaux communicants.

Les lésions ne restent pas limitées au système vasculaire; le tissu de soutènement y participe largement. Du plexus sous papillaire au corps muqueux, le derme est infiltré de sérosité, et les fibres élasti-

ques font entièrement défaut. On retrouve, au contraire, ces fibres rtès abondantes, immédiatement au-dessous du réseau vasculaire. Elles y forment des pelotons serrés qui, en se juxtaposant, dessinent une ligne noire sur les coupes colorées avec l'orcéine acide. On a l'impression que le réseau élastique du corps papillaire n'a pas été détruit, mais rompu, ou du moins, a perdu ses adhérences avec la basale, et s'est rétracté jusqu'au plan solide que lui offraient les faisceaux conjonctifs épais du derme proprement dit.

L'œdème prend plus d'importance au centre de la lésion que sur ses bords; il n'est plus exactement limité à la région vascularisée du chorion, il envahit aussi sa partie fibreuse, il descend au-dessous de la ligne noire formée par les fibres élastiques tassées et pelotonnées, et celles-ci baignées de tous côtés par l'œdème, commencent à fondre; la ligne noire est moins accusée, elle est même interrompue par places.

La congestion et l'infiltration correspondante sont, au contraire, en général, plus prononcées aux bords de la lésion, elles doivent dépasser même les limites du fragment biopsié qui, cependant, paraissait comprendre un peu de peau saine sur l'un de ses bords. L'épiderme, en effet, y est normal, et l'on voit nettement que les lésions dermiques sont beaucoup plus étendues que les lésions épithéliales.

L'épiderme n'est malade qu'au centre de la coupe. La basale, la germinative et les bourgeons interpapillaires y sont complètement détruits. La ligne de séparation du derme et du corps muqueux est, par suite, absolument droite, ou s'infléchit seulement en courbes de grand rayon, sous l'influence de la rétraction causée par les fixateurs, comme l'indiquent les ondulations parallèles de la limite supérieure de l'épiderme.

Sur quelques coupes, on aperçoit, dans le derme, à l'emplacement que devaient occuper les bourgeons interpapillaires détruits, des blocs hyalins analogues à ceux qui ont été rencontrés dans l'observation IX; ils doivent représenter de même des vestiges des couches épithéliales inférieures, détruites par une nécrose brutale (1).

Par suite de la destruction d'une partie de ses assises cellulaires, le corps muqueux est aminci. La limite inférieure est formée par une couche de cellules épineuses où il est impossible de reconnaître une germinative. Mais ces cellules, en général, se colorent bien et ont des contours très nets, quelle que soit la fixation employée. En quelques points, cependant, au-dessus de l'œdème si considérable du centre de la lésion, les contours cellulaires s'estompent un

(1) C'est un point de contact avec le parapsoriasis. La disparition de la germinative en établit un encore plus large. On a vu que la clinique en trouvait plus d'un. J'ai suffisamment discuté cette question des faits de passage pour ne plus m'y arrêter.

peu. En d'autres points, le contact immédiat d'un nodule d'infiltration désorganise tout à fait les deux couches inférieures de corps de Malpighi. La lésion ne va pas plus haut. Il n'y a nulle part d'exocytose visible dans les couches supérieures, qui sont partout parfaitement normales.

La couche granuleuse est intacte, et aussi la couche cornée. Cette dernière s'épaissit seulement un peu au-dessus des orifices des tubes sudoripares où elle forme une petite saillie acuminée.

B. *Tubercule de la cuisse*. — L'aspect est entièrement différent. L'hypothèse émise plus haut et d'après laquelle on devrait voir, dans ces tubercules, une exagération du processus qui aboutit ailleurs au sillon atrophique, n'est nullement démontrée par l'histologie. Elle n'est pas cependant controuvée, et la supposition reste vraisemblable. J'ai vu d'autres lésions qui représentaient certainement deux stades d'un même processus, offrir souvent des différences aussi marquées.

Ici encore, le derme et l'épiderme sont altérés.

La partie supérieure, vascularisée, du derme, et presque tout le corps muqueux sont envahis par un tissu d'infiltration tout à fait particulier, très abondant, qui soulève les couches superficielles de l'épiderme, et correspond à la saillie que faisait le tubercule au-dessus de la peau saine.

Ce tissu néoformé n'a pas le même aspect dans les différentes couches du tégument, probablement par suite des différences de structure que présentent ces couches à l'état normal. On peut lui décrire trois zones, en allant de la profondeur à la superficie.

La première repose sur le derme proprement dit. Elle correspond à la région du plexus sous-papillaire.

La deuxième répond au corps papillaire lui-même.

La troisième, à la partie inférieure du corps muqueux.

Dans les *deux couches extrêmes*, il est facile de voir la nature de l'infiltrat. Il se compose de petites cellules rondes, à noyau contracté, à protoplasme à peine plus apparent que celui du lymphocyte vulgaire, et qui s'effrite sur les bords, pour former comme une espèce de boue. Ces cellules, à apparence de lymphocytes, présentent souvent des phénomènes de division mitotique. Elles s'insinuent entre les cellules épithéliales du corps muqueux dans la couche supérieure, et dans la couche inférieure, entre les cellules fixes du tissu conjonctif; elles les dissocient, et en tirent les prolongements protoplasmiques qui arrivent à former un véritable réticulum. Ce n'est pas le reticulum banal, uniquement constitué de fibrilles, qu'on peut mettre en évidence dans tous les infiltrats, c'est un réseau fait par des prolongements cellulaires étirés et entrecroisés. Dans la région du plexus vasculaire, ces cellules réticulaires viennent s'appuyer sur les parois épaissies des capillaires, dont l'endothélium se gonfle, et dont l'adventice subit un commencement

de dégénérescence hyaline. Dans la zone supérieure, elles se continuent avec les cellules des couches malpighiennes supérieures, fortement gonflées par l'œdème, pauvres en kératohyaline, et coiffées d'un stratum corneum souvent imparfaitement kératinisé.

Chaque maille du réseau est occupée par une cellule ronde de l'infiltrat. Les mailles sont naturellement plus étroites dans le tissu épithélial, que dans le tissu conjonctif, normalement beaucoup moins compact. Dans les mailles plus larges de la zone inférieure, la cellule infiltrée s'étale un peu, le protoplasma et le noyau sont plus larges et se colorent moins. On reconnaît cependant toujours la même cellule que dans la zone supérieure. D'ailleurs, les formes de transition ne manquent pas.

Le tissu épithélial disloqué qui fait le réseau de la zone malpighienne de l'infiltrat est lui-même fortement coloré. Les mailles étroites étant complètement remplies par des cellules rondes tassées et contractées, c'est-à-dire prenant fortement les colorants, il en résulte que la forme des bourgeons interpapillaires et de la partie inférieure du corps muqueux se trouve nettement indiquée par une tache sombre. On voit qu'avant d'être envahi, l'épiderme a réagi par de l'hyperacanthose.

Entre la zone malpighienne et la zone sous-papillaire, de l'infiltrat, se trouve la zone moyenne qui correspond au corps papillaire. Ici, il n'y a plus de réseau apparent. On ne voit qu'un amas homogène de cellules identiques à celles qui infiltraient le *reticulum cellulaire* de la zone sous-jacente. Le tissu de soutènement, très délicat dans cette région, a dû être à peu près entièrement détruit. Malgré son homogénéité, le tissu néoforme n'est pas dense; ses éléments, séparés les uns des autres, semblent baigner dans de la sérosité. Il est, en outre, sillonné par d'énormes lacunes lymphatiques béantes, qui achevent de donner à cette zone un aspect particulier. Les capillaires sanguins y sont nombreux, leurs parois subissent la même dégénérescence que celles des vaisseaux du plexus horizontal.

Cette séparation en trois zones s'observe avec cette netteté presque schématique sur un grand nombre de coupes. Sur d'autres, elle est plus difficile à trouver. La limite entre la zone malpighienne et la zone papillaire disparaît en bien des points, et un examen attentif fait parfois découvrir quelques traces épithéliales disloquées dans des espaces largement pourvus de lacunes lymphatiques et de capillaires sanguins, à infiltrat peu dense. Il semble que ce soit là la forme définitive du tissu néoforme, et qu'il y arrive aussi bien au niveau du corps muqueux et de la région sous-papillaire, après y avoir détruit le tissu préalable, qu'au niveau de la papille elle-même.

A noter dans cet infiltrat quelques cellules épithéliales en dégénérescence hyaline, détachées des couches inférieures du corps de Malpighi. C'est la seule lésion du premier élément examiné qui se

retrouve dans celui-ci. Elle ne suffit pas à démontrer la filiation des deux éléments. Elle était, cependant, intéressante à signaler.

Il me paraît difficile de ne pas voir, dans cet infiltrat, du mycosis fongode typique. L'aspect des cellules nouvelles, leurs mitoses fréquentes, leur fonte, le réticulum tout particulier, la dégénérescence hyaline des vaisseaux sont autant de caractères histologiques du mycosis. L'aspect clinique n'est pas, d'ailleurs, pour faire repousser ce diagnostic que l'histologie indique avec toute la certitude dont elle est capable.

Je renvoie aux observations de Colcott Fox, de Crocker; surtout à celle de Santi et de Politzer et au résumé, sous forme de tableau, que donne Unna des deux observations de ses élèves. La ressemblance avec la mienne est évidente.

Sur les dix paragraphes du tableau de Unna, sept s'appliquent à mon observation. Le mode d'invasion est changé; les membres sont pris en dernier lieu sur les malades de Unna; c'est l'inverse chez le mien. Trouve-t-on que la différence soit importante?

La seule qui paraisse à retenir est dans la description de la lésion élémentaire. Ce sont des papules légèrement en saillie, dans le cas de Unna; c'est une cicatrice dans celui que j'ai observé. Faut-il faire état de cette différence pour repousser le rapprochement? La difficulté ne me paraît pas insoluble. Sur mon réseau atrophique, paraissent ça et là de petites papules saillantes. Ne peut-on y voir la lésion de Unna, mais raréfiée ici par un travail de cicatrisation précoce, qui le plus souvent, efface la papule avant qu'elle n'ait eu le temps de devenir appréciable à la vue et au toucher, et ne laisse apparaître que quelques nodules isolés? En quelques points, ceux-ci se développent; c'est, il est vrai, de façon anormale: ils font de véritables tubercules. Mais, alors

précisément, ils reproduisent les caractères de la lésion de Unna : saillie plus ou moins considérable de la surface, éclat « de cire » ; dans quelques cas, squames fendillées. Leur groupement en anneau sur la face postérieure de la cuisse droite, n'est-elle pas encore un « grossissement » des anneaux saillants que décrit Santi, dans les régions scapulaire et axillaire ?

D'ailleurs, les papules des auteurs anglais, de la « grandeur d'une tête d'épingle », dit R. Crocker ; de 0,002^m sur 0,004^m », disent Colcott Fox et Mac Lead ; les nodules rouge-jaune de la grandeur d'un grain de poivre, que présente sur la poitrine le malade de Santi, me paraissent établir une transition facile à suivre.

Il reste une objection, sérieuse en apparence, à cette assimilation : la structure histologique du tubercule que j'ai biopsié, est beaucoup plus complexe que celle des papules de la parakératosis. L'écart pourtant, n'est qu'apparent, et l'on peut, sans parti pris, je crois, voir dans cette structure, un motif puissant de rapprocher encore mon observation de celles de l'école anglaise. J'ai trouvé dans un de ces gros tubercules, la structure typique d'un lymphome avec son reticulum délicat, ses cellules et ses altérations vasculaires caractéristiques ; tandis que les papules de lichen variegatus n'ont jamais montré qu'une infiltration de cellules lymphoïdes. Mais l'un des cas de Jamieson s'était transformé, quatre ans plus tard, cliniquement, en mycosis fongoïde ; et l'élément que j'ai examiné en présentait déjà la structure caractéristique. N'est-ce pas bien près d'être convaincant ?

J'insiste sur ces tubercules, qui me paraissent mériter d'attirer l'attention à plus d'un titre. Leur présence, leur caractère de simple exagération du processus normal de la maladie, précisent, il me semble, les rapports déjà entrevus de la parakératosis et du mycosis. L'assimilation de la

parakératosis et de l'atrophie cutanée, oriente donc cette dernière affection dans une direction nouvelle, et l'apparente peut-être au mycosis. Ai-je vu seulement un cas particulier d'atrophie idiopathique, et n'y a-t-il encore ici qu'un genre à dénombrer? Est-ce une espèce au contraire, autant que le mycosis peut aujourd'hui, avoir droit à ce nom? et faut-il n'y voir toujours qu'un mycosis avorté, guéri ou latent? Faut-il laisser cette atrophie idiopathique parmi les cas que nous donnons en France sous ce nom d'atrophie cutanée? On sait que nombre d'entre eux ont été récemment (1) attribués à la tuberculose. Ce rapprochement, sur le terrain étiologique, de l'atrophie idiopathique et du parapsoriasis, qui arrivent à se toucher déjà sur le terrain de la clinique, serait curieux. Il faut avouer que les rapports, évidents d'autre part, dans mon observation, de l'atrophie idiopathique des Allemands avec le mycosis, rendent cette assimilation bien invraisemblable; car on arriverait par ces généralisations successives à placer la tuberculose à l'origine de certains mycosis.

Il est facile de faire des hypothèses. Elles n'ont de valeur qu'accompagnées au moins d'un commencement de preuve. Sans cet appui, ce sont jeux d'esprit, brillants parfois, mais qui lassent vite et ne peuvent retenir longtemps.

Celles-ci seraient du nombre, et je ne m'y arrête pas.

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, Novembre et Décembre 1905.

CHAPITRE III

Xantho-Erythrodermia Perstans de Radcliff Crocker

Avant de présenter ses observations, le médecin de University-Collège-Hospital expose avec une clarté et une précision qui ne laissent rien à désirer le tableau de la dermatose nouvelle qu'il croit avoir individualisée :

L'éruption débute en général au niveau des cuisses, gagne les jambes, envahit le tronc, puis les membres supérieurs. Elle se compose d'abord de macules, peu nombreuses, symétriques en général. Leur nombre s'accroît rapidement, et l'éruption devient bientôt confluyente. Les taches restent cependant, presque toujours séparées les unes des autres. Elles se disposent en bandes transversales sur le tronc, longitudinales sur les membres.

Elles sont ordinairement de forme ovale ou allongée, de 0,04 à 0,05 centimètres de diamètre environ. Les bords sont nettement tracés, sauf en quelques cas, où ils s'estompent à la partie inférieure de la plaque, qui prend la forme d'une « marque de doigt ». La démarcation se fait par la différence de teinte plus que par un relief. Cependant en pinçant la peau, on sent au moins sous les plaques anciennes, une épaisseur plus grande du tégument. Les plus récentes méritent absolument le nom de macules. La couleur de ces éléments varie du rouge au jaune.

Leur surface est lisse au niveau du tronc, rugueuse sur les

membres supérieurs et les cuisses ; plus rugueuse encore et franchement squameuse au-dessous des genoux.

L'éruption est moins apparente sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Elle respecte toujours les mains. Elle n'envahit que rarement le visage.

Son évolution est des plus lentes. Elle met plusieurs années à se généraliser ; parfois cependant la généralisation est complète en quelques mois. La durée est presque indéfinie : 10 ans, 30 ans.

L'affection n'a aucune tendance à la guérison spontanée. Elle cède cependant assez aisément au traitement. Deux cas ont guéri entièrement ; plusieurs autres ont été très améliorés, par l'ingestion de salicine, à la dose de 45 grains prise en trois fois chaque jour, et des onctions d'iode vasogène.

L'affection n'a pas de retentissement fâcheux sur l'état général.

Cette description est faite d'après les neuf premiers cas. Le dixième présente quelques différences : sur tout le corps les éléments, plus rouges que dans les cas précédents, étaient couverts de fines squames. Au niveau des jambes, les squames étaient beaucoup plus abondantes et plus larges. Ces éléments disparaissaient en été, pour reparaitre régulièrement en hiver. Au froid ils se craquelaient et devenaient douloureux.

Le chapitre d'étiologie reste tout entier à faire.

A noter seulement que sur dix cas, neuf se rapportent à des hommes. L'âge où apparaît l'éruption varie dans les plus larges limites de 20 ans à 56 ans.

Suivent les dix observations, très courtes en général, paraissant calquées les unes sur les autres, au moins dans la description des lésions, qui reproduit toujours trait pour trait la description d'ensemble.

Je ne les cite que pour mémoire, et les résume le plus

possible. Je n'en retiens guère que les traits essentiels, ou les caractères qui pourraient fournir un argument pour le diagnostic.

CAS I. — D..., drapier, 30 ans. L'affection remonte à dix ans. Les éléments sont devenus très abondants depuis un an. L'éruption a débuté par les membres. Elle est composée de plaques ovales qui se réunissent parfois pour former de larges placards. Sur le *tronc* la teinte est jaunâtre, et la surface lisse; les éléments sont très allongés, de 0^m01 de largeur sur 0^m06 de longueur. En pinçant la peau, on la trouve infiltrée. Cette impression d'épaississement est encore plus nette au-dessous des éléments *des bras*. Sur les *jambes* les macules, plus foncée, sont recouvertes d'un épiderme plus « rugueux » que sur le reste du corps. Au niveau des cuisses, elles prennent une forme particulière en « marque de doigts »; c'est-à-dire que l'extrémité supérieure est arrondie, et bien limitée, tandis que le bord inférieur est à peine indiqué.

La chaleur provoquait de l'irritation (?) au niveau de ces éléments. Le malade n'a pas été suivi.

CAS II. — H. 37 ans. L'affection dure depuis cinq ans. Elle a débuté par la face antérieure des avant-bras. Elle a envahi aujourd'hui la face interne des cuisses et des jambes. Le reste du tégument est intact. L'éruption se compose de taches d'un rouge jaune, à surface rugueuse. Au niveau des cuisses, plusieurs sont infiltrées. Elles disparaissent parfois, pour réapparaître ensuite. La salicine (15 à 20 grains par jour) paraît modifier heureusement cette éruption, qui paraissait en recrudescence lorsqu'on interrompait ce traitement.

CAS III. — H., 56 ans, boucher. L'éruption date de trois semaines seulement. Elle est discrète et ne se compose que de quelques plaques situées sur le thorax, très étendues, et d'autres, plus petites, qui siègent à la face interne des membres supérieurs; les unes sont très rouges, les autres à peine visibles. Leur surface est rugueuse, elles présentent une épaisseur appréciable.

La salicine est mal tolérée, et le traitement limité à des onctions de « vasogene iodine ». En un mois, les plaques disparaissent sur l'avant-bras gauche. Trois mois environ après le début, toutes s'étaient effacées.

CAS IV. — M., homme, 54 ans. L'éruption date de quatre mois. Elle a envahi d'abord les membres inférieurs, puis le tronc et les membres supérieurs. Ce sont des taches irrégulières, de différentes grandeurs, le plus souvent infiltrées. Quelques-unes sont prurigineuses. Elles sont squameuses. Sur le dos, elles se sont formées aux dépens de petites papules, primitivement péripilaires, qui se sont fusionnées pour former les nappes d'infiltration que nous voyons aujourd'hui.

Traitement par la salicine. Aucune médication locale. Après quelques jours, la peau est plus souple au niveau des plaques. Six mois après, l'éruption a complètement disparu.

CAS V. — D.-D., 53 ans. L'éruption a débuté il y a vingt ans au niveau d'une jambe. Les éléments disparaissaient sous des applications de chrysarobine, mais récidivaient sans cesse. Plaques jaunepâle, en général, souvent assez infiltrées. Sur les cuisses elles sont rosées, parfois rugueuses.

Une sœur est morte de maladie d'Addison. Une des filles du malade est phthisique.

CAS VI. — H., 37 ans, drapier. L'affection dure depuis deux ans déjà. Elle a apparu au niveau des jambes, puis s'est généralisée. Les plaques des jambes paraissent dures et infiltrées lorsqu'on pince la peau. Celles du thorax restent souples.

Aucune amélioration, après deux à trois mois de traitement.

CAS VII. — D., 34 ans. Syphilis contractée en 1896. L'éruption actuelle a débuté, il y a deux ou trois ans. Quelques taches jaunâtres sur le tronc: Elles sont plus nombreuses sur la région lombaire et la région sacrée. Sur les cuisses elles forment des bandes longitudinales de 0^m01 de large sur 0,04 à 0,06 de long. Sur les jambes elles étaient plus larges, irrégulières et rosées. Plus pâles sur les bras, elles se disposent toujours en bandes longitudinales. Plusieurs de ces taches, surtout au niveau des cuisses, paraissent infiltrées lorsqu'on pince la peau. Sensations douloureuses de cuisson.

Les éléments sont d'une durée indéfinie. Le début s'est fait sur les cuisses. Aucune modification au bout de deux mois.

CAS VIII. — Ch. C., 32 ans, tailleur. L'éruption a débuté il y a trois ans. Elle a envahi successivement les cuisses, les jambes, les avant-bras, puis le tronc par poussées successives. Les taches anciennes persistent à côté des éléments récents. Ce sont des plaques irrégulières de 0^m01 à plusieurs centimètres de diamètre. Leur couleur est en général, jaune rosé. La plupart présentent une infiltration légère. Quelques-unes sont vraiment de simples macules. Elles sont lisses sur le tronc, rugueuses sur les membres inférieurs, et même squameuses au-dessous du genou. Aucune amélioration avec la salicine. L'iode vasogène n'a pas été employée.

Le père et la mère sont morts phthisiques. Le malade est lui-même sujet à des bronchites fréquentes. Il a une adénite rétro-sterno-mastoïdienne, à gauche.

M. Pernet a biopsié un élément superficiel du bras.

CAS IX (1). — Homme robuste, 29 ans. L'éruption apparaît d'abord sur les flancs, et est prise pour un pityriasis versicolore; mais on ne trouve pas de parasites. Trois mois plus tard, elle est généralisée.

(1) Présenté à la Société de Dermatologie de Londres en novembre 1904 sous le titre de *Xantho-erythrodermia-perstans*.

Elle est distribuée avec une symétrie remarquable. Dès qu'une plaque apparaît, une plaque identique se montre au point correspondant, de l'autre côté de la ligne médiane. Ces plaques atteignent d'emblée leurs dimensions définitives ; puis restent stationnaires. En avril 1903, il y a des éléments sur le tronc, les épaules, les bras, les plis du coude, la face interne des genoux et le cou. Leurs dimensions varient de la grandeur de l'ongle à celle d'une pièce de 2 francs. Ces efflorescences, sont arrondies, ovales ou irrégulières,

Leur couleur est rouge pâle, ou jaunâtre. Elles sont légèrement squameuses. Elles présentent une infiltration superficielle, plus marquée sur les jambes que partout ailleurs.

Les applications d'iode font disparaître la desquamation, mais la plaque elle-même ne s'efface pas. Il n'y a aucune démangeaison.

L'éruption avait paru au cours d'un voyage dans la Haute-Egypte. Après ce premier examen, un séjour sur la Côte Occidentale d'Afrique paraît amener une nouvelle poussée. Le nombre des plaques augmente. Elles perdent leur indolence. Le poids du corps lorsque le malade est couché y fait naître des sensations douloureuses. Depuis son retour le malade est incommodé par des sueurs abondantes qu'il n'avait jamais observées jusqu'ici.

La recherche de champignons dans les squames reste négative. Bonne santé générale.

La salicine, ordonnée depuis un an, paraît avoir fait pâlir l'éruption.

CAS X. — M^{me} H... L'éruption date de dix ans. Elle a débuté par une petite tache apparue sur un bras. Elle s'est généralisée ensuite. Elle se compose de plaques rougeâtres un peu rugueuses. Sur la face antérieure des jambes, les plaques sont irrégulières et squameuses, mais moins squameuses que des plaques d'eczéma ou de psoriasis.

Les limites sont moins nettes que celles d'une seborrhéide. Dans la région lombaire, on trouve une plaque où la peau est très épaissie. Elle l'est encore un peu au-dessous des éléments des cuisses. Ces plaques se craquèlent et deviennent le foyer de sensations douloureuses en hiver, jamais de démangeaisons proprement dites. Elles disparaissent l'été. La salicine reste sans effet. Le cacodylate de soude échoue de même.

Cependant après quelques injections, l'infiltration disparaît. La radiothérapie fait disparaître les lésions aux points où on l'applique.

R. Crocker donne, en terminant, les résultats d'un examen histologique pratiqué par M. G. Pernet, sur un élément récent prélevé au niveau de l'avant-bras chez le sujet de l'observation VIII.

L'examen clinique ne laissait percevoir aucune infiltration au-dessous de la tache rouge.

Epiderme. Le stratum granulosum est atrophié ou absent.

Le stratum lucidum fait entièrement défaut.

L'épiderme dans son ensemble présente un peu d'œdème.

Chorion. Les vaisseaux sont dilatés, et entourés d'une gaine d'infiltration cellulaire.

Le collogène paraît normal, quoique légèrement œdématié.

Le réseau élastique au contraire, est fort réduit, surtout au niveau de la couche papillaire, où il semblait même rompu.

En somme, conclut R. Crocker, l'histologie ne fournit que des renseignements presque insignifiants, et ne nous donne sur la cause de la maladie qu'une indication assez vague : les altérations périvasculaires permettraient d'admettre l'intervention du milieu sanguin.

Il y a beaucoup plus à retenir de la discussion générale qui suit l'exposé des observations, et qui constitue un véritable chapitre de diagnostic différentiel.

S'il m'était permis de faire ici une critique, je dirais que ce chapitre me paraît incomplet. Visiblement, l'auteur est dominé par la pensée de rapprocher l'affection qu'il décrit de l'érythrodermie pityriasique en plaques disséminées. Il brûle les étapes pour arriver plus vite au point qui attire son attention.

Il élimine incidemment, et sans insister les diagnostics de mycosis fongoïde, d'urticaire pigmentaire et de séborrhéide.

Je passe volontiers sur l'urticaire pigmentaire ; elle me paraît bien loin de l'affection qui nous occupe. J'admets aussi que les séborrhéïdes ont en général une surface plus rugueuse et plus squameuse que les plaques de la Xantho-Erythrodermia perstans. La valeur des deux autres caractères : infiltration plus grande des séborrhéïdes et présence de prurit, me semble plus contestable. Presque toujours, en

effet, R. Crocker indique une infiltration sous les taches qui siègent sur les membres. Le cas IV présente, en outre, du prurit et une évolution rapide; les placards du dos, ont débuté par des points périlaires qui se sont étendus brusquement et se sont fusionnés. Enfin l'affection a guéri en quelques mois. L'évolution est plus rapide encore dans le cas III; l'éruption disparaît en trois mois avec un traitement purement local, toujours inactif dans les autres cas. Ne peut-on penser à des séborrhéïdes? Précisément certaines seborrhéïdes figurées du dos, très étendues, à évolution rapide, ont, lorsqu'elles sont près de s'éteindre, cette surface lisse, que l'auteur revendique ici pour sa dermatose. Il est vrai que leur forme figurée, une bordure toujours visible, un peu plus saillante, et plus rugueuse que le reste de la surface, permet de les reconnaître, et que les huit autres cas objectivement semblables, à ceux-ci ont une durée, et des éléments d'une stabilité remarquable qui font écarter ce diagnostic.

Les motifs de repousser celui d'éruption prémycosique me paraissent moins sérieux. L'absence de tumeurs confirmées après 30 ans de durée, ne me paraît pas impliquer clairement qu'il ne s'agisse pas d'une éruption prémycosique, si l'on a quelques raisons de songer à une éruption de cette nature (1).

R. Crocker aurait vu, dans ces dix éruptions, des exemples de l'érythrodermie pityriasique en plaques disséminées de Brocq, si quelques dermatologistes français, à qui il avait montré l'un de ces malades, n'avaient protesté contre cette assimilation.

Il s'efforce, par suite, de faire ressortir quelques différences entre sa dermatose et celle de Brocq, dans un parallèle qu'il fait des deux affections.

(1) Le cas de Jamieson transformé en mycosis ne durait que depuis huit ans, mais son cas II presque identique, où la même évolution est à craindre avait eu en 1898 déjà, une durée de 30 ans.

Elles se ressemblent, dit-il, par leur distribution, leur évolution lente, leur résistance extraordinaire au traitement l'absence de prurit et l'aspect général des éléments.

Cependant la Xantho-Erythrodermia perstans a des plaques plus larges, moins bien limitées, ordonnées différemment : en bandes transversales sur le tronc, longitudinales sur les membres. Leur couleur est plus pâle que dans l'Erythrodermie pityriasique. Elles ne sont pas toutes squameuses. Enfin on ne voit pas, dans le parapsoriasis, l'infiltration qui existe au-dessous de la plupart des taches de Xantho-Erythrodermia perstans. En revanche, on ne trouve jamais dans cette dernière dermatose, ces plaques formées par la juxtaposition de petits papules, qui rapprochent parfois le parapsoriasis en plaques du parapsoriasis lichénoïde.

Il faut avouer qu'à part ces deux derniers caractères, les différences seraient bien légères. Encore pourrait-on supprimer le dernier, basé, je crois, sur une confusion. Au surplus, R. Crocker avoue qu'il a trouvé des papules à l'origine de son cas IV, il n'y aurait donc plus lieu de signaler ce caractère différentiel, qui ne serait pas constant. Cette apparence papuleuse serait d'ailleurs très rare dans le parapsoriasis en plaques. Enfin je crois, pour moi, qu'il ne s'agit dans les plaques ainsi décrites que d'une pseudo-papulation.

L'auteur anglais ne paraît pas, d'autre part, attacher une grande importance à l'infiltration, puisqu'il range son dixième cas, sur la simple constatation d'une rougeur plus vive et d'une apparence plus squameuse, dans l'érythrodermie pityriasique en plaques. On devine aisément qu'il n'a abandonné sa première idée qu'à regret, et sur la foi des médecins français « familiarisés, sans doute, avec la maladie de Brocq ».

La différence me paraît pourtant essentielle, et basée précisément sur cette infiltration dont R. Crocker paraît

faire bon marché. Je ne l'ai jamais trouvée dans le parapsoriasis en plaques. J'y ai vu souvent une prolifération épithéliale qui pourrait facilement en imposer pour une infiltration véritable, et qui peut faire faire à la plaque une véritable saillie. Mais cette apparence ne s'observe que sur les régions où l'épiderme est très épais, et elle est d'autant plus nette que cette épaisseur est plus grande : à la région lombaire, où lombo-sacrée, par exemple. Elle ne se trouve jamais aux membres, où le tégument est souple et fin. Or c'est précisément sur les membres, presque à l'exclusion du tronc, que neuf des malades dont je viens de résumer les observations, présentaient cet épaississement. Il ne peut donc s'agir que d'une infiltration véritable du corps papillaire ; et ce caractère essentiel me fait rejeter sans hésitation la Xantho-Erythrodermia perstans du cadre des parapsoriasis.

Je fais une réserve pour le cas X. L'infiltration au niveau des jambes peut passer pour insignifiante ; il n'y a de saillie qu'à la région lombaire, où le parapsoriasis présente aussi des plaques élevées, grâce à une prolifération épidermique. Enfin la disparition régulière de l'éruption pendant l'été rappelle singulièrement l'évolution de mon cas X. On la retrouvera aussi dans un cas de White.

Je ne crois pas, cependant, pouvoir faire de cette éruption une dermatose nouvelle « sui generis ». J'ai reconnu en elle une forme que j'ai rencontrée quelquefois au cours de mes recherches sur la dermatose de Brocq. Je l'ai mentionnée au chapitre du diagnostic et l'ai considérée comme une éruption prémycosique.

Je n'ai observé cette forme à l'état de pureté que sur deux malades. Dans les autres cas, il était toujours possible de retrouver sur quelque point, bras, jambe ou tronc, l'apparence presque caractéristique de l'éruption prémycosique banale.

Le premier de ces deux malades m'avait été confié par M. Brocq qui balançait entre le diagnostic de parapsoriasis vrai en plaques, et celui d'érythrodermie prémycosique à type de parapsoriasis. J'ai examiné ce malade très attentivement. Je le suis depuis trois ans. Je repoussé sans hésitation le premier diagnostic. Je crois qu'il s'agit bien réellement d'une prémycose un peu anormale.

Ce n'est pas sous cette menace d'un mycosis latent que je rejette ce cas de mon groupe. J'admettais plus haut, provisoirement au moins, la possibilité d'y faire rentrer des tuberculides. Il pourrait ne former qu'un genre très vaste, un syndrome où trouveraient logiquement leur place des éruptions prémycosiques. Mais encore ce syndrome a-t-il sa physionomie très nette, et une analyse minutieuse ne permettrait pas d'y faire rentrer mon cas. J'ai indiqué au chapitre du diagnostic les caractères qui m'en empêchaient. Au premier rang était cette infiltration qui se retrouve dans la Xantho-Erythrodermia perstans, et pour laquelle je sépare aussi du parapsoriasis la dermatose de R. Crocker. J'y trouvais, en second lieu, des formes figurées qui ne sont pas dans le plan des érythrodermies pityriasiques en plaques. La forme en « marques de doigts » ne rappelle-t-elle pas également la tendance à la figuration et aux contours géographiques des éruptions mycosiques ?

Ces caractères communs, joints à leur ressemblance avec le parapsoriasis m'autorisent, je crois, à rapprocher mon observation de la Xantho-Erythrodermia perstans, et à regarder celle-ci comme une forme d'éruption prémycosique objectivement voisine du parapsoriasis.

Observation XXIV (Personnelle).

A. H. G., 38 ans, a eu deux frères. L'aîné est mort à l'âge d'un an. Le second, plus jeune que G., est bien portant. La mère, longtemps

après la naissance de ce dernier enfant, a fait une fausse couche. Le père et la mère paraissent bien portants.

A. P. G. a eu la rougeole et la scarlatine, dans son enfance. Pas de syphilis. Trois blennorrhagies. Il a eu, il y a cinq ou six ans, une entérite avec fièvre.

H. M. Son affection cutanée est de date assez récente. Une poussée de « dartres farineuses » survenue en 1882, sur la face dorsale des mains, ne paraît pas pouvoir y être rattachée. Cette éruption guérit en quelques semaines par des applications de pommade au goudron. Elle n'avait jamais été prurigineuses. Il s'agissait sans doute de séborrhéides banales.

L'affection actuelle paraît avoir débuté seulement en 1899. Une nouvelle « plaque de dartres » analogue aux premières, de la largeur de la paume de la main, apparaît sur la fesse droite. Elle est très prurigineuse, à l'inverse des autres. Liqueur de Fowler, bains d'amidon. Le prurit disparaît, le placard persiste. G. le néglige et cesse tout traitement. Petit à petit, de nouvelles taches apparaissent, qui envahissent les membres et le tronc. G. n'a pas remarqué l'ordre dans lequel s'est fait cet envahissement. En un an environ, l'éruption avait l'étendue qu'elle présente aujourd'hui; elle avait le même aspect, elle était seulement un peu plus rouge. Elle a pâli légèrement depuis un an.

Elle a été prurigineuse au début, et par périodes. Ces crises duraient une huitaine de jours environ. Il n'a jamais été possible de leur attribuer une cause quelconque, écart de régime, chaleur ou froid. L'influence saisonnière était nulle. Depuis deux ans, elles se sont espacées, puis atténuées. Elles n'existent plus aujourd'hui. Le prurit n'avait d'ailleurs jamais été très intense. Cette disparition est peut-être à l'actif du traitement général par le cacodylate de soude, suivi depuis trois ans. Le traitement local est resté sans effet sur l'éruption (bains sulfureux, bains d'amidon). L'état général ne s'est pas modifié. Le malade n'a rien changé à son régime, très défectueux d'ailleurs. Il boit modérément du vin et des liqueurs, et ne prend que deux tasses de café par jour. Mais il mange à des heures extrêmement irrégulières, depuis une quinzaine d'années. Son estomac s'en ressent. Ses digestions sont assez pénibles. Il ne paraît pas d'un nervosisme exagéré.

G. vient consulter M. Brocq, en février 1903.

Etat actuel. — C'est un homme de taille peu élevée, de corpulence et de musculature faibles. Calvitie du type séborrhéique, presque complète. Peau très brune, sans séborrhée. Circulation périphérique bonne. Pas d'acroasphyxie. Les ongles sont normaux.

L'éruption couvre le tronc. Elle présente son maximum d'intensité à la ceinture; elle s'arrête à la base du cou. Elle envahit les membres supérieurs jusqu'aux poignets, et les membres inférieurs jusqu'à mi-jambes.

La peau est tigrée par une foule de taches assez régulièrement arrondies, à bords assez nets, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs et au delà, de couleurs variées, ce qui donne à cette éruption une apparence bigarrée toute particulière.

La coloration est, d'une manière générale, plus foncée vers les parties inférieures du corps : l'éruption paraît s'effacer sur le tronc, et être encore en pleine activité à la ceinture et sur les membres inférieurs. En outre, les éléments prennent une teinte livide vers le bas des cuisses, et franchement purpurique au niveau des jambes.

Les plis articulaires sont atteints ; l'éruption ne semble pas avoir de préférence pour la face de flexion ou la face d'extension des membres, pour la face antérieure ou postérieure du tronc.

Les nombreux éléments qui criblent la surface du corps, peuvent se grouper autour de trois types bien caractérisés, et reliés les uns aux autres par une série de transitions insensibles. Ils sont distribués en taches isolées, rondes ou ovales, ou en plaques à contours polycycliques, formées par la coalescence de plusieurs éléments arrondis.

a) Ce sont des *macules fauves*, ou d'un brun encore rosé, en général grandes et régulièrement arrondies. Presque toutes présentent une apparence de circination : le centre est moins pigmenté que la périphérie. Il est parfois même dépigmenté, et la macule prend un aspect vitiligineux. Cette coloration ne s'efface pas à la pression.

Il s'agit très vraisemblablement de formes terminales, au moins pour les plus fauves. Celles qui sont encore d'un brun rosé n'ont probablement pas achevé entièrement leur évolution. La pression les décolore alors légèrement ; et souvent plus au centre qu'à la périphérie.

Les autres types, au contraire, paraissent en pleine activité.

b) Taches bien limitées, parfois avec un aspect atrophique, mais présentant, en général, une saillie légère due à une prolifération épidermique plutôt qu'à de l'infiltration. Ces taches sont *squameuses* et pour la plupart *érythémato-squameuses*. Les deux éléments, vasculaire et épithélial, ne sont pas en effet indissolublement liés. Quelques-unes de ces plaques, très squameuses et par ailleurs identiques aux autres, en diffèrent par leur coloration blanche tout à fait étrange. Il ne s'agit pas d'un aspect micacé de la surface épithéliale ; on voit qu'il y a une modification dans la coloration des couches profondes ; il existe vraisemblablement à la fois un trouble vaso-moteur, car les frottements font rougir ces surfaces blanches, et un trouble de pigmentation, car, même alors, leur aspect n'est jamais identique à celui des plaques voisines. D'ailleurs l'apparence vitiligineuse de beaucoup d'éléments évolués ne laisse pas de rendre vraisemblable la présence de troubles de pigmentation dans les efflorescences en activité.

Cette décoloration frappe parfois un élément dans sa totalité ; elle en occupe souvent le centre seulement ; en deux points elle n'en

occupe qu'une moitié ou un segment important, comme si deux éléments, l'un normalement pigmenté et l'autre dépigmenté s'étaient fusionnés en un seul. Quelquefois, elle débordé les limites de la tache squameuse, et lui fait sur la peau saine une aréole blanche.

Quelle que soit la coloration des éléments squameux, l'apparence de l'épiderme est toujours identique. Elle est la même qu'au niveau des taches érythémato-squameuses de l'observation X. La couche cornée est luisante, finement ou grossièrement plissée, suivant la région qu'occupe la tache, et suivant la saillie plus ou moins grande qu'elle fait au-dessus de la peau saine. D'où une apparence pseudo-lichéniennne, ou mieux de peau de chagrin, à grain plus ou moins large. Cette couche cornée est friable; elle prend par le grattage une pect micacé. On n'arrive jamais à produire la rosée sanglante du psoriasis.

c) *Eléments infiltrés*, véritables papules. Ici l'élément érythémateux ne fait jamais défaut. La plaque est rouge, tendue, elle fait saillie au-dessus des plans voisins; en prenant la peau entre les doigts, on la sent doublée d'un infiltrat, plus ou moins épais, toujours plat et peu profond. Sur le plus caractéristique, le plus saillant de ces éléments, l'épiderme est distendu par la pression sous-jacente; le grain de la peau n'existe plus; tous les plis sont effacés. La couche cornée est luisante, lisse, en pelure d'oignon. Sur le plus grand nombre au contraire, l'épiderme est presque intact; la couche cornée garde encore le quadrillage normal de la région; c'est un élément qui s'ébauche. Sur d'autres enfin les couches épithéliales ne se laissent plus distendre passivement; elles prennent part aussi à la formation de l'efflorescence et se modifient comme dans les taches érythémato-squameuses du type précédent. Et l'on a ainsi une forme mixte, érythémato-squameuse et infiltrée. Cette infiltration est surtout cellulaire. La pression ne la fait disparaître qu'en partie. L'élément congestif n'y est cependant pas étranger. Il se retrouve d'ailleurs, au moins à l'état latent, sur toutes les taches. Toutes, même les plus pigmentées, présentent le phénomène du dermographisme, tandis que la peau saine qui les entoure ne réagit pas.

Il semble que l'éruption s'atténue vers le haut du corps, comme si la guérison ou une rémission se faisait de haut en bas.

La poitrine, les flancs, le dos, le ventre ne présentent guère que des macules brunes, pour la plupart légèrement décolorés au centre. Au bas-ventre, une disposition particulière se remarque sur quelques-unes de ces taches: leur surface est criblée d'un pointillé brun. Ce sont de minuscules foyers péripilaires de pigmentation; qu'il s'agisse de pigment mélanique, ou, plus vraisemblablement, d'amas d'hémoxidérine, vestiges d'un purpura péripilaire.

Sur les fesses et la région sacro-lombaire on ne trouve à peu près que des taches du deuxième type.

Sur la fesse droite, la superposition d'un élément nouveau et très

rouge, reparaissant au centre d'un élément à demi effacé, fait une image en forme de cocarde, qui vient ajouter encore à l'aspect polymorphe de l'éruption.

Sur les *membres* et surtout les *membres inférieurs*, c'est le troisième type qui domine; presque tous les éléments présentent une infiltration appréciable. Sur la face postérieure de la cuisse gauche, se trouve une tache arrondie, de la dimension d'une pièce de 5 francs, faisant une saillie de 2 à 3 millimètres, violacée; l'épiderme est lisse et transparent. C'était presque un *macaron* de mycosis. Il mettrait à lui seul sur la voie du diagnostic. Les autres sont moins infiltrés, et de couleur moins livide au niveau des cuisses. Sur les jambes, la coloration se fonce encore et devient purpurique; mais elle est moins inflammatoire. La tension de l'épiderme est moindre, même pour une saillie appréciable. Sa prolifération épidermique doit faire encore ici à peu près exclusivement les frais de l'élevure.

Traitement. — Pommade pyrogallée au 1/10. Elle est assez mal tolérée les premiers jours. Après deux ou trois pansements, le tégument tout entier rougit et s'œdématie. Les taches éruptives se congestionnent encore davantage. Les plus effacées, les macules pigmentées, elles-mêmes, font maintenant une saillie notable. Des pansements au cold-cream calment cette irritation. Le pyrogallol est ensuite supporté à cette même dose pendant de longs mois.

L'effet de ce traitement local est à peu près nul. Ces applications ne font desquamier que les macules où le processus paraissait éteint; une pellicule très mince, s'en détache, et pendant quelques jours, la tache est bordée d'un mince liseré épidermique, semblable à celui qui a été décrit dans l'observation X, et de même signification (il est à noter que G., le sujet de celle-ci, a, comme M^{me} M., la peau très pigmentée). Les autres éléments ne paraissent pas modifiés par la pommade. Quelques-uns disparaissent; mais il semble que ce soit spontanément; d'autres apparaissent à côté. Il a été possible de suivre, ainsi, sous la pommade et pendant deux ans, l'évolution de cette éruption. Elle ne s'est pas modifiée dans son aspect général. Il faut avoir vu le malade régulièrement pour savoir qu'on a sous les yeux, aujourd'hui, des taches nouvelles, qui ont remplacé peu à peu les anciennes.

L'évolution paraît être la suivante: une papule rose pâle apparaît; elle est légèrement infiltrée et plate; elle distend un peu l'épiderme qui, au bout de quelques jours, présente, lui-même, des troubles de kératinisation. Il prend alors l'aspect pseudo-lichénien, ou en peau de chagrin, caractéristique. A ce moment, l'infiltration sous-jacente disparaît; c'est la stade purement épithélial de l'efflorescence. L'aspect objectif est absolument celui de certains éléments de parapsoriasis en plaques. Comme eux, celui-ci, après une durée variable, s'efface et laisse pendant quelque temps une macule brune, parfois

dépigmentée; puis ces troubles de pigmentation disparaissent. C'est la marche ordinaire, dans le sens du parapsoriasis. L'infiltration du début, peu importante et passagère, introduit seule une note discordante. Elle s'exagère, parfois, jusqu'à donner à l'élément une physionomie toute particulière qui oriente cette affection vers le mycosis : au niveau de quelques plaques, l'élément conjonctivo-vasculaire prime la réaction épithéliale; la papule s'infiltré; au-dessus, l'épiderme se tend se craquèle et tombe rapidement. Après cet épisode dramatique, de durée variable, l'infiltrat disparaît brusquement et l'efflorescence achève son évolution comme les autres sous forme de simple tache erythémato squameuse puis de macule pigmentée.

Devant l'insuccès du traitement local par l'acide pyrogallique nous avons essayé la radiothérapie. Les premiers résultats ont été extrêmement favorables. L'évolution des éléments traités au lieu de durer deux mois et plus s'achevait en deux semaines. Malheureusement le malade n'a pu se soumettre régulièrement au traitement. La surface n'a pas encore été irradiée en entier. De nouvelles poussées se font encore à côté des placards guéris. De hautes doses d'arseniate de soude absorbées par voie stomacale ou rectale paraissent impuissantes à les prévenir.

L'examen histologique a été résumé et interprété au chapitre du diagnostic des parapsoriasis.(V, p. 112).

A côté de cette observation, je mentionne seulement la seconde, presque identique. Elle m'a été fournie, récemment, par M. le Dr Darier, qui avec une amabilité, dont je ne saurais trop le remercier, m'a montré cette éruption « comme un cas probable de ce qu'on appelait parapsoriasis »; il ajoutait qu'il faisait pour lui, ses réserves. J'en fis aussi, au premier coup d'œil, et fus très heureux de voir qu'elles étaient de même nature : il s'agissait vraisemblablement d'une éruption prémycosique de même type que la précédente. Sur les cuisses, quelques éléments infiltrés, orientaient encore facilement vers le diagnostic de mycosis. Le détail de cette observation me paraît inutile; je ne la cite que pour les résultats de l'examen histologique, la biopsie ayant porté sur un élément assez différent de celui qui avait été prélevé et examiné chez le premier malade.

Observation XXV (Résumée, personnelle).

Homme vigoureux, 30 ans. L'éruption est généralisée, mais laisse indemne le visage. Elle marque une certaine préférence pour les flancs et la face de flexion des membres. Elle couvre cependant la face dorsale des mains et des poignets. Elle se compose de taches rouges ou fauves, de la grandeur d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main. Les plus petites sont arrondies ou ovales; les plus grandes ont des contours géographiques très découpés, Dans les deux cas, la limite est nette. A la surface de ces placards, ou de ces taches, l'épiderme est brillant, découpé en facettes par un réseau grossier de plis assez marqués. Un coup d'ongle y fait des traînées blanchâtres. Parfois de véritables squames carrées, plus ou moins adhérentes donnent à la tache l'apparence du parapsoriasis en plaques, qu'un aspect légèrement atrophique vient parfois compléter. Cependant, les découpures capricieuses des bords rendent ce diagnostic peu vraisemblable, et la présence sur les membres inférieurs de deux ou trois éléments infiltrés le font rejeter absolument,

J'ai prélevé par biopsie, un fragment d'une grande tache rouge, squameuse sur les bords, un peu atrophique, et, dans l'ensemble, d'aspect franchement parapsoriasique.

Les lésions histologiques sont extrêmement légères et presque insignifiantes. La limite de la tache, si nette à l'examen clinique, est ici singulièrement difficile à fixer avec précision.

On trouve :

De l'épaississement de la couche cornée, complètement kératinisée, et qui se clive, parfois, pour former les squames.

Une couche granuleuse assez pauvre en kératohyaline.

De l'hyperacanthose légère du corps muqueux.

De l'œdème du corps papillaire, avec quelques rares infiltrats périvasculaires.

A l'extrémité de la lésion, l'œdème, et parfois, l'infiltrat viennent au contact de la basale. Au centre de la plaque, la basale est doublée par une bande de tissu conjonctif très dense, qui indique évidemment, une cicatrisation. Sur les bords de l'efflorescence, le corps muqueux présente, çà et là, des foyers de spongieuse qui occupent toute sa hauteur, mais sans apparence d'altération dans la structure intime des cellules épithéliales. L'exocytose y est très modérée; il n'y a guère que de l'exosérose. La kératinisation ne paraît pas immédiatement troublée à ce niveau. En suivant la série on arrive presque toujours à constater que ces foyers de spongieuse sont en contact immédiat, par un point de leur face profonde, avec

le sommet d'une papille œdémateuse et infiltrée. La bande scléreuse qui double la basale au centre de la tache, empêche ce contact. C'est ce qui explique pourquoi on ne trouve pas de foyers de spongieuse dans cette région.

*
* *

Frappé par la transformation en mycosis de l'un des cas de Jamieson, diagnostiqués par Unna lui-même parakératosi variegata, j'avais cru voir d'abord la parakératosi variegata dans les éruptions que je viens de rapporter (1).

J'ai abandonné rapidement cette interprétation (2). On peut remarquer cependant que les transitions sont faciles à imaginer entre ces deux éruptions et celles de Panti et Politzer. D'une part, des plaques squameuses presque confluentes, parfois saillantes, qui prennent, çà et là, une apparence figurée. D'autre part, des cercles en relief (Obs. Santi) et des réseaux (les deux cas de Unna) qui peuvent être considérés comme l'aboutissant où tendent ces formes figurées ; à côté, des plaques isolées « îlots rouges en relief » et des étendues plus ou moins considérables où la peau est « uniformément rugueuse, plissée et squameuse ». (Obs. Politzer.)

Le rapprochement pouvait tenter. Il n'est pas sûr qu'il doive rester purement imaginaire. Mais il faut des intermédiaires, et l'assimilation était inexacte. La lecture des observations anglaises de parakératosi me l'a prouvé surabondamment.

*
* *

Je crois qu'il est possible encore de rapprocher l'observation suivante de celles de R. Crocker et des deux précédentes. Je l'ai recueillie dans le service de M. Brocq, qui avait cru

(1) Mon ami le Dr Belot cite dans sa thèse (*Application de la Radiothérapie aux affections cutanées*, Paris, 1904) mon observation XXIV, et la rapproche de la parakératosi variegata. Je m'en accuse.

(2) V. Brocq. — Les parapsoriasis, p. 447, note 2. Il a hésité lui aussi sur l'interprétation qu'il fallait donner aux descriptions de Unna.

voir aussi, dans ce cas, un parapsoriasis, mais n'avait osé se prononcer. Je ne crois pas qu'on puisse maintenir ce diagnostic.

Observation XXVI (Personnelle).

E. G., 50 ans, se présente, le 2 octobre 1903, à la consultation de l'hôpital Broca, porteur d'une éruption qui paraît très voisine du parapsoriasis en plaques.

A. P. Il ne peut nous fournir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Ceux qu'il nous donne sur ses antécédents personnels sont fort intéressants. Il a eu dans son enfance, jusqu'à 14 ans, plusieurs poussées d'une dermatose, traitée par Bazin avec l'huile de cade, et désignée par lui sous le nom d'eczéma nummulaire arthritique.

A 24 ans, il aurait eu une affection cutanée, toute différente, croit-il, on avait porté successivement le diagnostic gale et eczéma, puis selon toute vraisemblance, un troisième dont le malade n'a pas gardé le souvenir, car on avait encore employé l'huile de cade. D'après ce que dit le malade, c'était au moins à la fin, une dermatose généralisée, avec squames abondantes.

La guérison survient au bout de deux mois.

L'année suivante, un placard identique aux premiers, qu'avait soignés Bazin, reparait. Il disparaît spontanément.

Douze ans plus tard, G. contracte la syphilis. En dépit d'un traitement fort court, les accidents ont disparu assez rapidement, et n'ont plus reparu.

Depuis quatre ou cinq ans, E. G. a remarqué qu'il présente à la paume des mains des plaques d'hyperkératose avec des rhagades parfois assez douloureuses. Il attribue, probablement avec raison, cette hyperkératose à la profession qu'il exerce depuis quelques années : il manie des produits chimiques, surtout de l'acide chlorydrique et de l'acide sulfurique.

H. M. Il fait dater sa dermatose de cinq mois. Il ne lui trouve aucune ressemblance avec celles dont il a été atteint pendant sa jeunesse. Elle a débuté à la jambe droite par de petites plaques rouges, brillantes, non squameuses et peu prurigineuses.

Elles s'agrandissent rapidement et, en six semaines, se fusionnent de manière à former le placard qu'on voit sur cette jambe. En même temps, un placard rouge, que E. G. prenait pour de l'intertrigo dû aux frottements, et qui occupait depuis longtemps les régions périméales et inguinales, s'étale et envahit les régions voisines.

De nouveaux placards apparaissent ensuite sur les fesses et sur les épaules, enfin sur le dos.

Un médecin ordonne du sirop de Gibert. Les rougeurs paraissent s'étendre de plus en plus rapidement. Effrayé, le malade cesse tout excès de boisson. Il abandonne l'eau-de-vie et l'absinthe, dont il abusait jusqu'à-là, et ne se permet plus qu'un peu de vin et deux tasses de café par jour.

L'éruption s'étend toujours. M. A. vient alors se présenter à la consultation.

Examen actuel. --- C'est un homme vigoureux, grand, légèrement obèse. Le visage est coloré, la peau est blanche. Les cheveux sont rares, et presque blancs. Pas de séborrhée. Les ongles sont normaux. Pas de kératose pileaire.

L'éruption est discrète, elle est distribuée par larges placards, presque tous exactement symétriques, de la largeur de la paume de la main, et au delà. On en trouve un sur l'épaule, le flanc, la fesse, dans le pli inguinal, le creux poplité, et sur la face antérieure de la jambe. Un vaste placard unique, coupé en deux parties à peu près égales par la ligne médiane, couvre la région dorso-lombaire. Ce sont des plaques d'un rouge sombre, presque scarlatiniformes, qui paraissent formées comme celles de la scarlatine, par un piqueté très serré, dont les éléments arrivent à se fusionner, mais se retrouvent isolés sur la bordure des plaques, et s'indiquent encore en rouge plus vif sur le fond uniforme des plaques récentes. Leur forme est dentelée et découpée en dessins géographiques ; des taches identiques arrondies, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ, se trouvent isolées le long de ces bords découpés ; il est vraisemblable qu'elles seront englobées par la grande plaque, qui doit à ce mode de formation sa forme irrégulière. Le piqueté est très apparent sur ces plaques jeunes ; elles sont parfois, même, uniquement constituées par ce piqueté, surtout aux jambes ; le fond rouge uni n'existe pas encore. Sur les jambes, en outre, ce piqueté devient purpurique. Ailleurs, la pression l'efface entièrement, aussi bien que la rougeur du fond.

La surface de ces plaques présente, en général, un aspect « chagriné » pseudo-lichénien, mais terne ; elle donne au toucher une impression légère de rugosité, mais sans raideur, comme certaines séborrhéïdes psoriasiformes au début. Comme elles, elles font une véritable saillie, le grattage y trace une strie blanchâtre.

Au niveau des jambes, cet aspect change entièrement, la saillie s'efface, la plaque se creuse, au contraire ; le plus souvent la surface devient lisse, luisante, il y a une véritable atrophie. L'ongle n'y décèle plus qu'une desquamation insignifiante.

Il faut noter, sur une fesse, un placard d'apparence toute particulière :

Il est un peu pâle, sans aucune saillie, et une plaque plus rouge, plus petite et plus régulière, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, environ, paraît être venue se superposer à lui. L'ensemble

dessine une sorte de figure en cocarde, absolument semblable à celle qui a été décrite dans l'observation XXIV, à la même place.

Pas de démangeaison. L'état général est bon. Pas de tares organiques.

Le malade ne revient pas à la consultation pendant quelques mois. Six mois après cet examen, l'éruption a *disparu* sans laisser de traces.

La saillie des plaques ne serait pas un argument d'un grand poids contre l'assimilation de ce cas aux parapsoriasis. Il ne ressort pas nettement de mes notes qu'elle soit due à une infiltration.

Les deux caractères suivants sont peut-être plus importants. Ils servent précisément à classer cette observation dans le présent chapitre.

L'aspect en cocarde d'un placard de la fesse, qu'on retrouve dans les deux observations XXIV et XXVI, me paraît en faveur d'un rapprochement des deux cas, malgré la présence, dans le second, d'une infiltration que ne présente pas le premier.

Le pointillé de la surface, le début très net par ces éléments minuscules, l'évolution rapide rappellent singulièrement le cas IV de R. Crocker. Enfin l'atrophie des éléments du niveau des jambes ne me paraît plus pouvoir empêcher d'interpréter ce cas comme un érythème prémycosique, puisque les cas de parakératosis variegata de Jamieson présentaient, au plus haut degré, ce caractère atrophique, et que l'un d'eux s'est transformé rapidement en mycosis.

Le cas de G. ferait donc encore une transition entre mon observation XXIV et la parakératosis.

CHAPITRE IV

TRAVAUX AMÉRICAINS ET ITALIENS

Les observations que je rapporte dans ce chapitre, ont été publiées sous le titre d'Erythrodermies pityriasiques en plaques. Elles se rapprochent en effet beaucoup de celles de Brocq, et mon travail de critique se réduira ici à peu de chose.

I

Je résume d'abord les trois observations citées par James Ch. Wite (1).

Observations de James Ch. Wite.

1. — CAS I. — Homme, 38 ans, robuste toujours bien portant. Il a six enfants en parfaite santé. Pas de dermatose parmi ses ascendants.

L'affection actuelle a débuté il y a douze ans. De larges plaques rouges apparurent en hiver, sur les jambes. Elles disparurent au printemps, et, depuis lors, cette éruption n'a pas cessé de se reproduire tous les hivers, envahissant chaque fois, une surface un peu plus étendue. Il y a trois ans qu'elle est généralisée entièrement. Sa distribution n'a subi, depuis, aucune modification. Il n'en reste pas trace pendant l'été. Elle s'accuse davantage par les grands froids. Elle n'a jamais occasionné aucun symptôme pénible. La santé générale est restée parfaite.

Le visage et le cou sont envahis par des plaques d'un rouge bril-

(1) *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, décembre 1900.

lant, de contour irrégulièrement circulaire et de dimensions assez variables (1 à 4 centimètres de diamètre).

Elles se fusionnent, parfois, pour former des placards plus grands, et tout à fait irréguliers. La surface est presque toujours lisse; elle ne fait aucune saillie sur la peau adjacente et le tégument ne présente jamais à ce niveau d'épaisseur anormale. Quelques-unes de ces plaques sont squameuses. La couche cornée y est comme gercée par le froid. La rougeur disparaît à la pression. Les orifices glandulaires et pilo-sébacés ne sont nullement dilatés. La sensibilité est normale.

Le tronc est recouvert de très nombreuses taches analogues, serrées les unes à côté des autres, circulaires ou ovales, isolées ou confluentes. Elles sont brunes plutôt que rouges, mais rougissent au froid. Leur coloration disparaît en partie, à la pression. Elles ne sont pas squameuses, en général, et ne font jamais de saillie.

Les cuisses et les jambes présentent des éléments identiques, mais plus rouges et légèrement squameux. Les squames sont petites et minces.

Sur les membres supérieurs, l'éruption est abondante, surtout sur la face interne. Elle respecte les mains.

Les fonctions de la peau sont normales.

Le malade croit que chaque année, ces plaques reparaissent aux mêmes endroits. Elles sont d'abord petites, puis prennent très rapidement leurs dimensions définitives, qui n'ont pas varié depuis de longues années. Elles ne pâlisent jamais au centre et ne forment jamais de circinations.

Traitement. — Liqueur de Fowler et onctions de pommade salicylée et soufrée.

En avril l'éruption disparaît, comme de coutume.

Examen histologique. — Le stratum corneum est mince et complètement kératinisé.

Le stratum lucidum et le stratum granulosum font entièrement défaut.

Le corps muqueux paraît d'épaisseur à peu près normale. Il présente un peu d'œdème inter et intra-épithélial. La couche germinative est presque entièrement détruite.

Les papilles sont plus accusées que dans la peau saine. Leurs fibres élastiques sont réduites à de simples débris colorés en brun par l'orcéine.

Dans les papilles, et surtout autour des capillaires, il y a une infiltration de lymphocytes. Cette infiltration accompagne les vaisseaux dans la profondeur du derme, notamment au niveau des follicules pileux. Très rarement on trouve, au milieu, des lymphocytes et quelques mastzellen; jamais on n'y voit de plasmazellen.

2. — CAS II. — S. F., 26 ans. Père inconnu. Mère morte d'un cancer de l'estomac. Le malade a eu dans son enfance la varioloïde et la

rougeole. L'affection actuelle a débuté, il y a deux ans, pendant l'été; ou du moins le malade en a découvert alors l'existence, à l'occasion d'un bain pris en plein air et au grand jour. L'éruption se composait alors de nombreuses petites macules de la grosseur d'un pois. Ces lésions étaient parfois prurigineuses, surtout la nuit. Elles s'agrandissaient progressivement et se couvraient de fines squames blanches, faciles à détacher par le grattage. Le malade vient à l'hôpital.

Le visage est indemne. L'éruption présente son maximum au niveau du *tronc*.

Elle se compose d'éléments érythémateux, de contour irrégulier, mais très nettement arrondi; de 2 à 12 centimètres de diamètre; couverts de très fines squames blanches, assez adhérentes. Le grattage n'amène jamais d'hémorragie. On a, parfois, à la vue, mais non au toucher, l'impression d'une papulation. Le réseau des plis cutanés devient d'autant plus grossier que la desquamation est plus abondante. La couleur, sur l'abdomen, va du rose pâle au café au lait. Cette coloration fait songer au pityriasis versicolor; mais l'examen des squames reste négatif.

Sur le flanc droit, au centre d'un large placard, un îlot de peau saine donne à la lésion un aspect particulier, qui ne s'est jamais modifié, depuis le début de l'affection.

Sur les membres, il y a quelques lésions analogues. Sur les jambes on trouve deux ou trois plaques, ovales, d'un rouge sombre, de un centimètre environ de longueur, légèrement infiltrées, et couvertes de squames grasseuses et jaunâtres, rappelant absolument l'eczéma seborrhéique.

Traitement. Le traitement salicylé et soufré, trop irritant, est abandonné. La liqueur de Fouler n'est supportée qu'à la dose de trois gouttes par jour.

Durant tout l'hiver, il ne se produit pas d'amélioration; les dimensions de quelques plaques, au contraire se sont accrues. Les écarts de régime sont sans influence sur l'éruption; mais la fatigue fait augmenter le prurit et la desquamation.

Examen histologique. La couche cornée est épaissie.

La couche granuleuse et le stratum lucidum font presque entièrement défaut.

Les cellules du corps de Malpighi se colorent mal, fait dû probablement à l'œdème, qui parfois dessine une cavité périnucléaire très nette, et dilate les espaces intercellulaires. La couche germinative est absente.

Les bourgeons interpapillaires sont longs et minces.

Les papilles sont bourrées de lymphocytes. Ceux-ci se condensent autour de tous les vaisseaux à qui ils forment sur des trajets parfois très longs, de véritables gaines.

3. — CAS III. Petite fille de 9 ans. Sur les flancs des plaques circulaires

de 1 à 6 centimètres de diamètre et des éléments de même grandeur, mais circonés, forment par leur confluence des placards irréguliers. Ces efflorescences sont rouges, légèrement squameuses, un peu infiltrées et prurigineuses. Cette éruption dure depuis quelques mois.

Le cas de Ravogli (1) a été observé aussi sur un enfant.

Observation de Ravogli.

Petit garçon de 3 ans. Il présente disséminées sur le corps, des taches bien limitées, couvertes d'une desquamation fine. Le grattage, en détachant ces squames, n'amène ni hémorragie, ni suintement de sérosité.

Je laisse de côté ces deux derniers cas. Il peut s'agir là de simples séborrhéïdes. La durée de l'évolution donne souvent le meilleur moyen de décider entre cette dermatose et le parapsoriasis. Cet élément de diagnostic faisant défaut, je crois qu'il serait imprudent d'admettre ici l'existence de parapsoriasis en plaques, à priori très invraisemblable chez des enfants aussi jeunes, puisque nous n'en trouvons nulle part ailleurs d'exemple. Les formes circonées et infiltrées du cas III de White, seraient d'ailleurs bien plus en faveur du diagnostic de séborrhéïde.

Je n'ai pas les mêmes objections à faire aux deux premiers cas. James White fait suivre le premier d'un diagnostic fort bien conduit, dans lequel il élimine successivement l'eczéma séborrhéïque, le pityriasis rosé, le lupus érythémateux, la lèpre et le mycosis fongoïde, pour arriver à identifier ce cas avec celui qu'avait publié Brocq en 1897, sous le nom d'érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. La desquamation moindre chez son malade ne lui paraît pas devoir s'y opposer. Il repousse l'idée d'une parenté possible avec la parakératosis variegata, et insiste sur l'absence de toute papulation dans l'éruption qu'il a vue, et celle que Brocq a

(1) Résumée dans la thèse de M^{me} Bucek.

décrite, alors que l'élément de la dermatose de Unna est avant tout papuleuse.

Je souscrit entièrement à tout ce chapitre. La coupe reproduite dans le *Journal of cutaneous and genito urenary diseases* (1), avec sa squame mince, son absence de couche granuleuse, ses bourgeons interpapillaires effilés, sa germinative déformée, rappelle de très près certaines coupes de mon observation IX. Il manque pourtant sur les coupes de White les cellules nécrosées que j'ai vues sur les miennes ? Mais je ne les ai considérées que comme des lésions accidentelles, et mes autres parapsoriasis ne les présentaient pas. La squame est un peu mince, mais il s'agit d'une lésion pigmentée, c'est-à-dire à son déclin et peu squameuse. L'assimilation me paraît donc très soutenable encore sur ce terrain. Je pense ajouter enfin un nouvel argument clinique ; c'est l'évolution absolument identique de cette éruption et de celle que j'ai décrite dans mon observation X. Mêmes poussées revenant régulièrement en hiver, pour disparaître au printemps ; guérison complète pendant l'été. Durée indéfinie. Il me semble donc bien que J. White s'est trouvé en présence d'un cas de parapsoriasis en plaques.

Je suppose qu'il étend à son deuxième cas cette même argumentation ; je n'en suis pas certain. Il fait en effet ressortir, à côté des ressemblances histologiques, quelques différences cliniques, et en premier lieu, la différence dans l'évolution.

J'en veux joindre d'autres, qui me paraissent plus importantes : la présence de plaques infiltrées sur les jambes dans le cas II ; un prurit assez accusé ; l'intolérance de la peau ; et enfin la figure en iris si située sur le flanc droit du second malade, et qui tranche si étrangement avec l'apparence uniforme des placards du premier, où l'on n'a jamais observé de tendance à la circination.

(1) P. 541.

Est-ce un parti-pris ? Je trouve entre ce cas et celui que j'ai relaté dans l'observation XXIV des ressemblances remarquables ; et les caractères qui me faisaient rejeter ce cas du parapsoriasis (1) sont précisément ceux qui semblent éloigner celui-ci du précédent. Le second cas de White est peut-être une éruption prémycosique. La description histologique et la figure reproduite à la suite de l'observation (2) plaident encore en faveur de cette hypothèse. White avoue que l'infiltration est plus abondante dans ce second cas. Elle accompagne, en effet, *tous* les vaisseaux qui se rencontrent sur les coupes. Elle est diffuse dans le corps papillaire ; la figure en fait foi. Nous sommes loin des foyers discrets d'infiltration papillaire, et des infiltrats qui accompagnent *quelques* vaisseaux dans mes coupes de parapsoriasis. J'ai rencontré des coupes de mycosis confirmé, arrivé à la période eczémato-lichénienne qui sont absolument superposables à celle que donne ici White. J'en reconnais cependant la banalité, et n'oserais certainement pas baser un diagnostic sur ce seul aspect. Mais c'est un argument qui s'ajoute aux autres.

D'ailleurs, White dit lui-même que « ces deux cas sont loin d'être identiques ». Il les donne seulement côte à côte « pour servir à l'étude des dermatoses pityriasiques et érythémateuses ». Il laisse ainsi le champ libre à toutes les interprétations. Je propose celle-ci. Ce ne sera si l'on veut qu'une hypothèse de plus après tant d'autres (3).

II

Dans son intéressant travail sur les dermatoses squameuses anormales, CASOLI cite une observation personnelle d'éry-

(1) Voir p. 112.

(2) P. 546.

(3) On est conduit, par analogie, à se demander si l'observation XI que M. Brocq classait à part, à côté de celles de White, ne devrait pas trouver sa place ici, plutôt que dans les parapsoriasis. La circulation des plaques fournit un argument de poids en faveur de cette opinion.

throdermie pityriasique en plaques disséminées. C'est, en effet, vraisemblablement un cas de parapsoriasis en plaques.

Observation de Casoli.

Homme, 45 ans. L'éruption est constituée par des plaques irrégulièrement distribuées sur la superficie cutanée. Leurs dimensions varient du diamètre d'une pièce de cinq centimes à la grandeur de la paume de la main. Il y a trois ans, le malade avait présenté une éruption analogue, mais moins étendue. Elle avait disparu en un mois, peut-être sous l'influence des bains de mer.

La forme des efflorescences est assez irrégulière; leur coloration est rouge vif. Elles sont couvertes de squames que le frottement détache aisément. On les trouve en grand nombre, sur les membres inférieurs. Elles sont moins nombreuses, plus pâles et moins squameuses sur le tronc. Le cou est largement envahi.

Le cuir chevelu et les parties velues de la face présentent de la seborrhée sèche.

Pas de champignons dans les squames.

Les signes objectifs sont presque nuls. Le malade éprouve de temps à autre, quelques démangeaisons.

Les pommades au soufre, à l'acide salicylique, à l'ichthyol, font disparaître la desquamation, aussi longtemps qu'on les applique, mais leur action ne se prolonge jamais au delà. Le malade est tenté par le souvenir des résultats qu'il avait obtenus autrefois, des bains de mer, et retourne sur une plage. A son retour, l'éruption paraît, en effet, moins rouge; elle est seulement d'un brun livide, et ne desquame plus. Peu à peu elle s'atténue encore, et finit par devenir beaucoup moins apparente pendant l'hiver suivant.

A côté de ces cas personnels, Casoli résume l'observation d'Erythrodermie pityriasique en plaques, publiée par Brocq, en 1897, le cas I de White et une observation où Gastou (1) décrit sous ce même nom, un érythème prémycosique banal, avec infiltration et lichénification de la peau. Le rapprochement de cette dernière observation et des précédentes est inattendu. L'auteur ne paraît pas tenir assez compte de cet aspect infiltré et lichénifié des lésions, dont la présence est

(1) Erythrodermie pityriasique en îlots disséminés (Erythème prémycosique), *Annales de Dermatologie*, Juillet 1901.

pour surprendre dans un simple pityriasis, même compris dans le sens très large que Casoli donne à ce mot.

Il ne saurait être question de maintenir ce cas près des parapsoriasis. L'importance de l'infiltration et surtout de la lichénification, suffit même à le rejeter loin des érythrodermies prémycosiques dont il a été question au cours de ce travail, et dont la seconde observation de White pourrait être un exemple. Ce n'est pas à dire qu'il y ait, entre celle-ci et celle de Gaston reproduite par Casoli, une séparation absolue ; et la seconde n'est si l'on veut, qu'une exagération, une déformation de la première. Il n'y a pas en dermatologie de barrière infranchissable. Ce n'est pas ici le lieu de reprendre encore une discussion sur les faits de passage, qu'on a vue déjà dans un chapitre précédent. Aussi bien, ce serait, ici, sortir de mon sujet, puisque dans aucun des termes de la série, il ne s'agit plus de parapsoriasis.

*
* *

Je ne m'étais proposé d'abord que de définir cliniquement et histologiquement le parapsoriasis. J'ai résumé, chemin faisant, chacun de ces chapitres. J'ai indiqué ensuite les moyens de reconnaître cette dermatose de celles qui lui touchent de près. J'ai dit, au cours d'une discussion, les rapports de voisinage qu'elle présentait avec celles-ci, c'est-à-dire la place qui me paraît lui convenir dans les cadres nosologiques. Le hasard m'a fourni, en outre, les matériaux d'un chapitre d'étiologie, et permis de soupçonner au parapsoriasis une autonomie réelle et absolue, fondée sur l'unité de l'agent causal. Je voudrais pour terminer, et en manière de conclusions, résumer ces diverses notions, et les réunir en un tableau d'ensemble.

La méthode graphique présente, pour cela, le double

avantage de la concision et de la précision. M. Brocq en a indiqué l'emploi; il l'a appliquée déjà au parapsoriasis. Je n'ai à apporter à son schéma que quelques modifications par suite du déclassement de la parakératosis, et de la nouvelle signification que je lui attribue. J'y ajoute aussi deux courbes étiologiques.

Je ne ferme pas la courbe de l'atrophie idiopathique, dont je connais mal les limites. Je laisse ouvertes aussi celles qui représentent les tuberculides et le mycosis (ou plutôt les leucémies cutanées), et je les indique par une seule ligne, en trait plein. Figurer ces deux dernières et les lire comme les autres serait un contre-sens; elles ont une valeur étiologique; elles ne désignent plus des symptômes cliniques, plus ou moins voisins du parapsoriasis. C'est la notation graphique de l'idée d'espèce qui commence à se superposer à l'idée de genre.

Je n'indique sur mon tableau cette notion nouvelle que pour être complet et résumer en un seul schéma ce que j'ai écrit plus haut, au risque de le dénaturer par l'expression trop crue, et la ligne trop nette d'un dessin. La représentation graphique a trop de précision, en effet, pour cette idée d'espèce qui s'ébauche à peine dans le dernier groupe, et que je ne fais intervenir, qu'il s'agisse de leucémie ou de tuberculose, qu'à l'aide de la seule histologie.

Le dessin rend, au contraire, parfaitement ma pensée pour ce qui concerne la construction du groupe parapsoriasis: Je conserve le triangle qui le figure dans le schéma de Brocq, et dont les sommets sont occupés par les trois formes principales: en gouttes, en plaques, lichénoïde (parakératosis variegata). Seulement l'atrophie idiopathique vient empiéter sur mon triangle, et l'écorner, en englobant la parakératosis variegata. Le territoire du parapsoriasis n'est donc plus représenté que par les deux cercles sombres du type en gouttes

et du type en plaques, avec leur halo de hachures horizontales, où se situent les faits de transition qui leur appartiennent encore, mais qui s'en éloignent de plus en plus.

La partie en astérisques désigne ce qui reste au parapsoriasis de l'ancien groupe lichénoïde.

Les dermatoses voisines, à part l'atrophie cutanée, avec les faits de passage qui gravitent autour de la sphère idéale représentant le type pur, ne sont pas ombrées pour ne pas charger le tableau.

Ici encore pour plus de clarté, le graphique trahit le texte en traçant des limites trop nettes. L'indécision progressive des faits de passage devrait être indiquée par une graduation de teintes de plus en plus pâles à mesure qu'on s'éloigne du centre de chaque figure, comme je l'ai fait pour les deux formes du parapsoriasis. Les points de contact de deux systèmes différents, se trouveraient ainsi dans une même teinte. Il est facile de rétablir, par la pensée, cette disposition.

Je réunis enfin l'atrophie idiopathique au pityriasis rubra. Elle y touche; j'en ai vu un exemple frappant. Il s'agissait, il est vrai, d'une atrophie diffuse, et non plus en réseau. Aussi ai-je établi le contact en dehors des cercles de la parakératosis.

Il aurait fallu, en réalité, placer cette sphère du pityriasis rubra entre celles des séborrhéïdes, du parapsoriasis en plaques, et de l'atrophie idiopathique, pour indiquer, comme ailleurs, par des contacts, les rapports des cinq dermatoses. La figure eût été beaucoup trop compliquée. Je ne l'ai pas fait.

Je place non loin de la parakératosis les types d'éruptions primycosiques que j'ai décrits dans mes observations XXIV et XXV, et que j'assimile à la Xantho érythrodermia persans. J'ai indiqué plus haut comment je croyais ce rapprochement possible. (1)

(1) V. p. 238.

J'embrasse ce groupe dans la courbe pleine qui représente le mycosis, et qui va, au delà, pénétrer dans le cercle de la parakératosis. Nous savons, en effet, qu'un cas de Jamieson s'est transformé en mycosis; et je considère d'autre part mon cas XXIII à la fois comme une parakératosis variegata et une éruption prémycosique. Le rapprochement de la dermatose de Unna et de la Xantho-Erythrodermia de R. Crocker se ferait donc sur le terrain morphologique et celui de l'étiologie.

Cette même courbe étiologique rencontre les derniers cercles du pityriasis rubra. C'est une allusion aux cas décrits par Nicolau (1). Je ne suis pas, ce faisant, tout à fait hors de mon sujet. Ici encore s'établiraient, à côté de rapports morphologiques, des rapports étiologiques entre la parakératosis et certains faits voisins du pityriasis.

Le groupe des tuberculoses envoie, lui aussi, un prolongement jusque dans le pityriasis rubra. Les cas de Bruusgaard et de Wertheim-Finger (2) paraissent bien démontrer en effet, que ce syndrome à côté de leucémies, peut renfermer aussi des tuberculoses. C'est encore une parenté étiologique avec le parapsoriasis.

Une courbe, émanée du même foyer tuberculeux vient aussi toucher aux atrophies. Cette origine tuberculeuse commune pour certains cas, rapprocherait du pityriasis rubra, outre le parapsoriasis, la parakératosis elle-même, qui voisinait déjà avec le pityriasis rubra, sur le terrain du mycosis. Cependant cette conception reste douteuse. Elle supposerait dans le groupe atrophie cutanée une homogénéité clinique qui n'est rien moins que démontrée. Les cas d'atrophie cutanée primitive où l'on veut voir des tuberculoses (3) me

(1) NICOLAU. Leucémie cutanée. *Annales de Dermat.* 1904, p. 791.

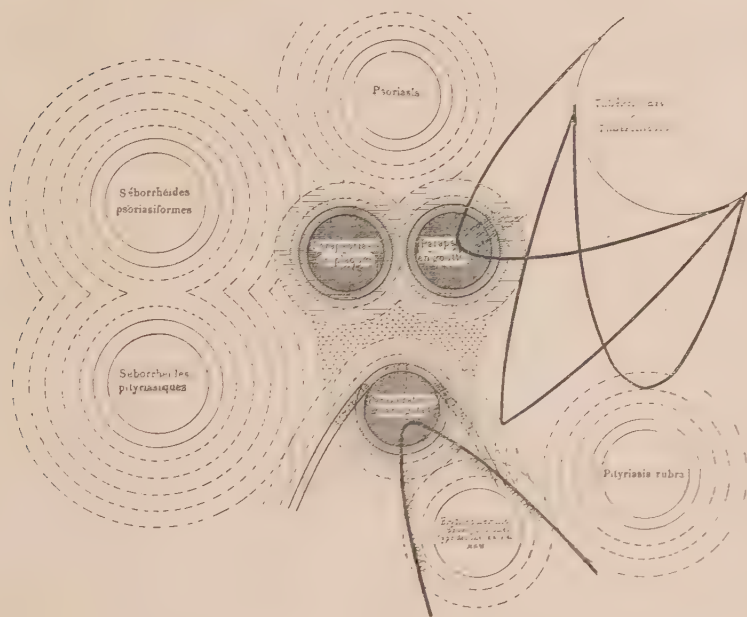
(2) BRUNSGARD. Erythrodermia Enfoliativa universalis tuberculosa. *Archiv f. Dermat.* 1903.

Jadassohn. Über die Pigriesis rubra and ihre Beziehungen zur Tuberculose. *Archiv f. Dermat.* 1892-1893.

(3) V. Société de Dermatologie. Novembre et Décembre 1905. De Beurmann et Thibierge.

paraissent loin de l'atrophie cutis idiopatica que j'ai en vue. Je renvoie sur ce point à ce que j'ai dit à la fin du chapitre II de la troisième partie.

Je ne prolonge donc pas ma courbe des tuberculoses jusqu'à la limite même de l'atrophie cutanée idiopathique. Je l'arrête dans le voisinage.



*
* *

Faut-il en terminant, me justifier d'avoir employé le mot « fort discutable (1) » parapsoriasis ? On l'a souvent critiqué. J'aurais pu en choisir un autre, si je ne m'étais rappelé que tous ceux qu'on a proposés pour cette dermatose ont été

(1) C. f. BROCC, « Nous avons choisi la dénomination *fort discutable*, mais courte et non encore utilisée de *parapsoriasis* ». *Loc. cit.*

discutés tout autant. On pourrait étendre cette remarque, d'ailleurs, à toute la nomenclature dermatologique.

Parakératosis variegata et lichen variegatus me paraissent désigner une affection différente. Les dénominations allemandes du type Jadassohn-Neisser ont le grave défaut de ne pas s'appliquer à tous mes cas ; pour parler le langage de la logique, elles ont trop de compréhension et manquent d'extension. Elles n'ont pas été à l'abri, d'ailleurs, même dans leur domaine propre, de toute critique. Tandis que Jadassohn, après quelques hésitations repousse tout rapprochement avec le lichen, et propose pour ses cas, le nom de dermatitis nodularis psoriasiformis, Juliusberg reprend l'épithète de lichénoïde que Jadassohn avait appliquée d'abord à sa première éruption. Il trouve trop peu d'infiltration pour justifier le mot de dermatite nodulaire, et trop de différence avec le psoriasis pour conserver le terme psoriasiforme. Il s'arrête au nom pityriasis lichenoïde chronica, qui a l'avantage, à son avis, d'indiquer un des principaux caractères de la maladie, sa durée interminable. Le terme psoriasis lui paraît enfin évoquer l'idée d'une espèce bien déterminée ; pityriasis lui semble plus général, et de ce chef préférable.

Aucune de ces objections ne s'applique au mot parapsoriasis. C'est son étymologie qu'on lui reproche. Il porte l'empreinte de la date où il est né, qui a vu paraître aussi la parasyphilis et les paratyphoïdes. L'idée qui a présidé à la formation de ces différents mots n'est malheureusement pas la même, bien que conforme toujours à l'étymologie, et la pensée peut rester indécise sur le sens qu'il convient d'attribuer au mot parapsoriasis. Dans le premier exemple, il s'agit de parenté étiologique ; de parenté morphologique dans le second. C'est aussi le sens dans parapsoriasis. Il est regrettable que l'on puisse hésiter entre les deux interprétations. C'est, je crois, le reproche le plus sérieux à faire à la déno-

mination que j'ai conservée. Je lui en fais un second : un mot qui veut désigner son objet par ses rapports avec d'autres objets, restera toujours incomplet dans sa définition ; et par suite, il manquera son but. Le nôtre n'échappe pas à cette loi. Il est à la fois trop vague et trop précis. Trop vague, sous son apparence de précision ; car il arrive seulement à indiquer qu'il ne s'agit pas d'une psoriasis. Trop précis, car l'idée reste, malgré tout, attachée à cette image de psoriasis ; tandis que bien des formes, qu'englobe la définition, s'éloignent fort de cette dermatose.

Devant l'impossibilité évidente de dire en un sel mot, même très long, que notre dermatose est comprise entre le psoriasis, les seborrhéïdes, et l'atrophie cutanée, non loin du pityriasis rubra pilaire, et présente une parenté étiologique avec le mycosis, peut-être avec les tuberculides ; bref de figurer par un terme le schéma reproduit plus haut ; devant l'impossibilité non moins grande de définir l'affection par ses caractères positifs, il vaudrait mieux, je crois, renoncer à tout essai de définition dans le nom. Les anciens mots, dont les générations précédentes se sont servies pour désigner leurs maladies, et qu'ils nous ont transmis, ne seraient peut-être pas venus jusqu'à nous s'ils n'avaient été dépourvus de toute idée doctrinale. Le sens qu'ils renferment y a pénétré lentement. Ils étaient vierges à l'origine, et le génie de nos devanciers les a fécondés peu à peu. C'est ainsi que se forment les langues, même scientifiques. Parmi ces mots, les mieux frappés, sont, comme toujours, d'origine populaire ; ils sont inimitables. Les vieux maîtres, plus près de nous que la tradition, en ont fait quelques-uns dans le même moule. C'est là œuvre d'artiste ; la logique et la réflexion n'y peuvent atteindre. Je peux faire le procès des termes que m'offre la littérature pour désigner la dermatose que je viens de décrire ; je n'essayerai pas d'en chercher à mon tour, un nou-

veau. Serais-je sûr d'y réussir, je ne le tenterais pas davantage. Pour rajeunir une question, c'est le fonds qu'il faut modifier, et non le titre, qui importe peu. Celui-ci disparaîtra de lui même, plus tard, s'il a été mal choisi, ou s'il ne s'adapte plus à son nouvel objet.

Essayer d'agir autrement est inutile ou dangereux. La première chose est de s'entendre; on commence à le faire sur le parapsoriasis. Lui donner une dénomination nouvelle ne pourrait qu'obscurcir une matière où j'aurais voulu apporter un peu de lumière. La clarté ne gagne rien à multiplier les noms; au contraire. Et la dermatologie serait peut-être trop simple, si l'on arrivait à s'entendre sur les mots.

VU :

Le Doyen,

M. DEBOVE.

VU :

Le Président,

G. BRISSAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham.** — Parakeratosis variegata. *The British journ. of dermat.*, March., 1902.
- Brocq.** — Les Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. *Revue générale clin. et thérapeut.*, 1897.
- Brocq.** — Les Parapsoriasis. *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, 1902.
- Bruusgaard.** — Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa. — *Archiv. f. dermat. et syph.*, 1903, p. 227.
- Bucek.** — Beiträge zur Kenntnis der Parapsoriasis (Brocq), Zürich, 1903.
- Casoli.** — Dermatosi squamose anormale. *Giornale Italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1901.
- R. Crocker.** — Lichen planus. *The British journal of dermatology*, Décembre 1900.
- R. Crocker.** — Lichen variegatus. *The Brit. journ. of dermat.*, January 1901.
- R. Crocker.** — Lichen variegatus. *The Brit. journ. of dermat.*, February 1901.
- R. Crocker.** — Xantho-Erythrodermia perstans. *The Brit. journ. of dermat.*, April 1905.
- Eudlitz.** — Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde. *Société française de dermat. et de syphiligr.*, 1898.
- C. Fox.** — *The Brit. jour. of dermat.*, January 1901.
- C. Fox and MacLeod.** — On a case of Parakeratosis variegata. *The Brit. journ. of dermat.*, September 1901.
- Gastou.** — Erythrodermie pityriasique en îlots disséminés. (Erythème prémycosique. *Annales de dermat. et syphil.*, juillet 1901.
- Jadassohn.** — Ueber di Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberculose. *Archiv. f. dermat. und syphil.*, 1892-1893.
- Jadassohn.** — Ueber ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem. *Verhandlungen der deutschen dermatologen Gesellsch.* IV. Kongress. Breslau, 1894.

- Jadassohn.** — Dermatitis nodularis psoriasiformis. *Festschrift Kaposi*, 1900.
- A. Jamieson.** — *The Brit. journal of Dermatol.* September 1898.
- Juliusberg.** — Ueber ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1897.
- Ueber die Pityriasis lichenoides chronica. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1899.
- Mac-Leod.** — Parakeratosis Variegata (Lichen Variegatus). *The Brit. journ. of Derm.* February 1901.
- Méneau.** — Un nouveau cas de Parakeratosis variegata. *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1902.
- Neisser.** — Zur Frage der lichenoiden Eruptionen. *Verhandlungen der deutschen Dermatologen Gesellschaft. IV. Kongress.* Breslau, 1894.
- Nicolau.** — Manifestations cutanées de la leucémie. *Ann. de Derm. et de syph.*, 1904.
- G. Pernet.** — Xantho-Erythrodermia perstans. *The British journ. of Dermat.* December 1904.
- Pinkus.** — Ein Fall von psoriasiformem u. lichenoidem Exanthem. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1898.
- Ravogli.** — On a case of Erythroderma squamosum. *The journ. of the American medical Association*, 1901.
- Rille.** — Demonstration eines Falles von Pityriasis lichenoides chronica. *Congress. f. innere Medicin.*, t. XXI, 1904.
- Rona.** — Verhandlungen des Vereins ungar. Dermatologen. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1898.
- Török.** — In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermien. *Pester medicin-chirurg. Presse*, 1901.
- Unna-Santi. Politzer.** — Ueber die Parakeratosen im allgemeinen, und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1890.
- White.** — Case of Brocq's Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées. *Journ. of. cutan. and genito-urinary diseases.* Décembre 1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
a) Travaux allemands... ..	13
b) Travaux français.....	19
c) Travaux américains.....	21
d) Travaux anglais.....	23
CHAPITRE II. — Faits cliniques	33
1° Parapsoriasis en gouttes... ..	34
2° Parapsoriasis en plaques.....	46
3° Parapsoriasis lichénoïdes.....	67
CHAPITRE III. — Description des parapsoriasis	72
1° Parapsoriasis en gouttes... ..	79
2° Parapsoriasis en plaques.....	81
3° Parapsoriasis lichénoïdes... ..	84
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	86
1° Parapsoriasis en gouttes... ..	87
2° Parapsoriasis en plaques.....	94
3° Vue d'ensemble et formes cliniques.....	99
CHAPITRE V. — Diagnostic	102
CHAPITRE VI. — Etiologie traitement	114

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER.....	121
1° Faits cliniques.....	121
2° Anatomie pathologique.....	133
CHAPITRE II. — Vue d'ensemble	145

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Ecole allemande	161
<i>Dermatitis nodularis psoriasiformis</i>	161
CHAPITRE II. — Ecole anglaise	190
<i>Parakératosis variegata. Lichen variegatus et Parapsoriasis</i> ..	190
CHAPITRE III. — <i>Xantho-Erythrodermia Perstans de Radcliff</i> <i>Crocker</i>	222
CHAPITRE IV. — Travaux américains et italiens	242